

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Promoção da Adesão e Gestão do Regime Terapêutico**  
**na Pessoa com DPOC**

**Ana Filipa H. de Oliveira Serra**

**Lisboa**

**2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Promoção da Adesão e Gestão do Regime Terapêutico**  
**na Pessoa com DPOC**

**Ana Filipa H. de Oliveira Serra**

Orientador: José Carlos Pinto Magalhães

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão,  
perca com classe e vença com ousadia,  
porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser  
insignificante”*

Charles Chaplin

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, a razão de tudo e meu porto de abrigo;

Ao Filipe pela paciência e apoio incondicional;

À minha família, pela motivação;

Aos meus amigos que nunca duvidaram de mim e por terem estado sempre presentes, mesmo quando estive ausente;

À minha chefe e colegas de trabalho, pelas palavras de apoio, incentivo e por aceitarem as minhas trocas quando precisei e por compreenderem algumas recusas quando me pediam;

Ao Professor José Carlos Pinto Magalhães, pela disponibilidade, ajuda, orientação e partilha de conhecimentos neste percurso;

Aos EEER, pela sua generosidade, disponibilidade, orientação, partilha de experiências e conhecimentos, o saber e o fazer. Mas acima de tudo pela dedicação demonstrada e luta pelo desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação;

A todas as pessoas (utentes, famílias, outros profissionais) com que me cruzei ao longo desta jornada, que me ajudaram a evoluir enquanto pessoa e profissional,

O meu MUITO OBRIGADA

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades de Vida Diárias  
CVF – Capacidade Vital Forçada  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
DGS – Direção Geral Saúde  
DRC – Doenças Respiratórias Crónicas  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
EEER – Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação  
EGA – Equipa de Gestão de Altas  
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica  
ER – Enfermagem Reabilitação  
FEV 1 – Volume Expiratório Máximo no 1º segundo  
FR – Frequência Respiratória  
GRT – Gestão do Regime Terapêutico  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PaO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigénio  
PaCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono  
QDV – Qualidade De Vida  
RFR – Reabilitação Funcional Respiratória  
RFSM - Reabilitação  
RR – Reabilitação Respiratória  
SaPO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio  
VNI – Ventilação Não Invasiva  
VD – visita domiciliária  
WHO – World Health Organization

## **RESUMO**

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), é uma patologia crónica de evolução lenta e progressiva, que provoca limitações funcionais e conduz à diminuição progressiva da capacidade para o autocuidado. É uma doença controlável, com efeitos extrapulmonares significativos, podendo estar sujeita a períodos de exacerbação, contribuindo para a progressão da sua gravidade.

O desenvolvimento de competências para a autogestão do regime terapêutico é uma necessidade para os utentes portadores de DPOC afim de obterem um maior controle da progressão da sua doença. Contudo, a existência de regimes terapêuticos complexos origina dificuldades ao seu cumprimento e adesão por parte dos clientes.

Os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação (EEER) podem desempenhar um papel importante junto dos clientes/famílias, na gestão do regime terapêutico (GRT), sendo a educação para o autocuidado uma das estratégias, que visa o autocontrolo no domicílio, permitindo a redução de idas à urgência por agudizações ou complicações; diminuição da morbilidade e mortalidade; racionalizar a prescrição e o consumo de meios terapêuticos.

O presente relatório pretende explicar o meu percurso de desenvolvimento de competências de EEER, ao longo da realização de um estágio curricular e no seu âmbito na implementação de um projeto de formação com a finalidade de promover a adesão e GRT na pessoa com DPOC.

Através das experiências e aprendizagens pela prática clínica, que não se cingiram a esta temática ou ao plano inicial do projeto de formação, foi possível sumarizar a abrangência que a intervenção do EEER pode contemplar.

Neste percurso, foram mobilizados e articulados conhecimentos teóricos com a prática clínica, à luz da teoria de enfermagem de Dorothea Orem, de modo a num processo dinâmico de aprendizagem e construção de saberes, traçar uma identidade profissional como futura EEER.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Reabilitação; DPOC; Adesão ao Regime Terapêutico

## **Abstract**

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a progressive pathological condition that causes functional limitations and leads to a progressive decrease in the capacity for self-care. It is a controllable disease, with significant extrapulmonary effects, being able to be subject to periods of exacerbation, contributing to a progress of its gravity.

The development of skills for self-management of the therapeutic regimen is a necessity for users with COPD, who is one of the main responsible for the progress of their disease. However, the existence of complex therapeutic regimes creates difficulties for their compliance and adherence by clients.

Rehabilitation nurse can play an important role among clients / families in the management of the therapeutic regimen, with self-care education being one of the strategies, a self-control without a home, allowing a reduction in the need for exacerbations due to exacerbations or complications; decreased morbidity and mortality; rationalize a prescription and the consumption of therapeutic means.

This report intends to explain the development of rehabilitation nurse skills, during the course of a curricular traineeship and in its course in the implementation of a training project with the purpose of promoting the adherence and management of the therapeutic regime in the person with COPD.

Through the applications and learning by clinical practice, which are not limited to this theme or the initial plan of the training project, it is possible to summarize a range that an intervention of the specialist rehabilitation nurse can contemplate.

In this way, theoretical knowledge was mobilized and articulated with clinical practice, in the light of Dorothea Orem's nursing theory, so as to learn and construct flavors, to trace a professional identity as a future specialist rehabilitation nurse.

**Keywords:** Nurse; Rehabilitation; COPD; Adherence to the Therapeutic Regimen

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	24
1.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	24
1.1.1- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ..... ética e legal.....	25
1.1.2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	27
1.1.3- Competências do Domínio de Gestão de Cuidados .....	29
1.1.4- Competências do Domínio das Aprendizagens Profissionais.....	31
1.2- Competências Específicas do EEER .....	33
1.2.1- Cuidar de Pessoas com Necessidades Especiais .....	33
1.2.2- Capacitar a Pessoa com Deficiência .....	43
1.2.3- Maximizar a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa.....	54
2- AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO .....	63
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	70
BIBLIOGRAFIA .....	71
APÊNDICES	
Apêndice I – Caracterização da Pessoa/ Condições Habitacionais	
Apêndice II – Grelhas de Observação para a avaliação da técnica de utilização de Inaladores	
Apêndice III – Folhetos Inaladores	
Apêndice IV – Folheto Asma	
Apêndice V – Folheto Artroplastia Anca	
Apêndice VI – Formação de VNI	
Apêndice VII - Plano de Cuidados Sr <sup>a</sup> M.L. - ECCI	
Apêndice VIII - Plano de Cuidados Sr <sup>o</sup> P.V.F. - Pneumologia	



## INTRODUÇÃO

Atualmente, com as novas tecnologias, modificações das organizações de saúde e da sua estrutura, tem-se verificado que, cada vez mais nos locais de trabalho, enquanto profissionais de saúde nos são “exigidas” ou solicitadas mais competências, de forma a fazer face às exigências de uma sociedade em constante mutação.

Cuidar em enfermagem de reabilitação exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, constituindo uma arte cuja característica principal é articular um vasto campo de conhecimentos, com uma vertente muito prática e simultaneamente holística e humanista, tendo assim como instrumento a relação e todo o conhecimento científico, e como inspiração o cuidar. Hesbeen (2001) aborda o “espírito da reabilitação” como uma característica especial que permite a cada profissional

mudar a visão dos fatos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem (...); um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeição ou às suas características. (Hesbeen, 2001, p.35)

Neste contexto, o presente relatório tem como objetivo expor o percurso através do qual me propus desenvolver competências de EEER, tendo este culminado na implementação de um projeto de formação no âmbito da intervenção junto da pessoa com patologia respiratória, nomeadamente a DPOC e tendo em conta o desejo de otimizar a promoção e consequente adesão ao regime terapêutico.

No nosso país, as doenças respiratórias crónicas (DRC) são uma das primeiras causas de morbilidade e mortalidade, que de acordo com Antunes, Bárbara e Gomes (2013) têm uma prevalência estimada de cerca de 40% na população geral, com tendência a aumentar. O atual cenário de crise económica mundial também é promotor de aumento das DRC uma vez que, segundo WHO (2007) as pessoas com menos recursos financeiros são as que correm maior risco de desenvolver DRC, além de ser também, o grupo com maior risco de morrer prematuramente devido a estas doenças.

Devido à sua elevada morbilidade na população mundial a DPOC, é atualmente uma das patologias respiratórias com maior impacto socioeconómico, afetando cronicamente as pessoas.

Segundo Araújo (2014), a DPOC afeta 14,2% dos portugueses com mais de 40 anos de idade, em ambos os géneros, tendo uma fraca expressão (2%) no grupo etário dos 40 aos 49 anos, aumentando para 10,2% no grupo dos 50 aos 59 anos e 30,8% acima dos 70 anos sendo que neste escalão etário, 47,2% dos homens terão DPOC (Antunes, Bárbara e Gomes, 2013). Contudo segundo Vestbo, *et al.* (2013), em Portugal, como noutros países, crê-se que a prevalência da DPOC se encontre subestimada, dado não ser habitualmente reconhecida e diagnosticada até que seja clinicamente evidente e esteja num estágio moderadamente avançado. Por outro lado, o número de internamentos por DPOC aumentou cerca de 20% entre 2000 e 2008, representando um custo superior a 25 milhões de euros, o que equivale a um aumento de 39,2%.

De acordo com Vestbo, *et al.* (2013) esta é uma doença controlável e prevenível, caracterizando-se a sua componente pulmonar por uma limitação progressiva do débito aéreo parcialmente reversível, como resultado de uma resposta inflamatória anómala do pulmão a partículas e gases nocivos. Anormalidades nutricionais, perda de peso e disfunção do músculo esquelético são efeitos extrapulmonares reconhecidos na DPOC, tendo os seus doentes risco elevado para enfarte do miocárdio, angina, osteoporose, infeção respiratória, fraturas ósseas, depressão, distúrbio do sono, anemia e glaucoma (GOLD, 2006).

A DPOC traduz-se na presença de tosse, expetoração e dispneia nas atividades quotidianas. O diagnóstico e caracterização da gravidade baseiam-se na história de exposição a fatores de risco e no grau de obstrução observado na espirometria. Foram desenvolvidas formas concretas de avaliar e classificar objetivamente a gravidade da DPOC, que a classificam em vários estádios, sendo a espirometria um exame essencial para o seu diagnóstico (DGS, 2005). A presença de volume expiratório máximo no 1º segundo (FEV1) inferior a 80% do valor teórico, após broncodilatador, em combinação com uma relação volume expiratório máximo no 1º segundo/capacidade vital forçada (FEV1/CVF) inferior a 70% confirma a presença de obstrução ao fluxo aéreo que não é totalmente reversível.

A limitação respiratória tende a ser progressiva e incapacitante numa fase mais avançada, sendo responsável por um número elevado de consultas médicas e de episódios de exacerbação, com recurso ao serviço de urgência,

que se traduzem, muitas vezes em internamentos, alguns deles prolongados (DGS, 2005). A sua deteção precoce permite o tratamento adequado e evita o agravamento do seu estágio (Vestbo, *et al.*, 2013; DGS., 2013).

O regime terapêutico instituído deve ser baseado na avaliação individualizada e na gravidade da doença, podendo ser medicamentoso e não medicamentoso.

No regime terapêutico medicamentoso, são usados os broncodilatadores inalados, de curta ou longa duração e mucolíticos (Vestbo, *et al.*, 2013). Refere-se também, a administração de oxigenoterapia de longa duração (OLD) para todos os doentes com  $PaO_2 \leq$  ou  $< 55$  mmHg ou com  $PaO_2$  entre os 55 e os 60mmHg, com *cor pulmonale*, e ou com hematócrito  $> 55\%$  (DGS, 2015b). A OLD tem como objetivo manter  $PaO_2 >$  a 60mmHg e a  $SaO_2 >$  90% (DGS, 2015b), que quando realizada por mais de 18 horas/dia aumenta a esperança de vida (Nazir e Erbland, 2009).

A ventilação não invasiva (VNI) também é uma opção terapêutica eficaz em doentes com  $PaCO_2 >$  55mmHg ou  $PaCO_2$  entre os 50mmHg e os 55mmHg, com dessaturação noturna ou mais de dois episódios por ano de insuficiência respiratória aguda com internamento, permitindo manter valores gasimétricos e reduzir os episódios de internamento por exacerbações (DGS, 2015c; Wedzicha e Martinez, 2009; Spruit *et al.*, 2013). Nas exacerbações é utilizada a antibioterapia e a corticoterapia por via oral, devendo esta última ser reduzida progressivamente e suspensa logo que possível devido aos seus efeitos colaterais de uso prolongado (DGS, 2015a; Vestbo, *et al.*, 2013). É recomendada ainda a vacinação anti influenza e antipneumocócica, para a prevenção de infeções respiratórias (DGS, 2009).

O regime terapêutico não medicamentoso baseia-se no treino das técnicas de:

- Relaxamento para controlar eventuais crises de pânico, redução da ansiedade e de tensão física e psíquica (Fernandes, 2009; DGS, 2009);
- Reconhecimento de dispneia, com recurso, a Escala de BORG (Carpenito-Moyet *et al.*, citado por Sakano e Yoshitome, 2007; DGS, 2009). Em caso de crise de dispneia deverão ser treinadas posições de descanso como a “posição de cocheiro” e associada a técnica de dissociação dos tempos respiratórios (Lynes, 2007);

- Respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados (Spruit *et al.*, 2013; Blasio e Polverino, 2012; Monninkhof, Valk, Palen, Herwaarden e Partridge, 2003; Presto e Damázio, 2009; DGS, 2009; Rodrigues, 2004);
- Expiração forçada e tosse dirigida para realizar a higiene brônquica diária (Presto e Damázio, 2009);
- Treino dos músculos expiratórios e inspiratórios (Calic-Kutukcu, *et al.*, 2014);
- Conservação de energia e de controlo de dispneia, na qual a pessoa é educada a realizar as atividades intercaladas com períodos de descanso e a executar a técnica da respiração: expiração com os lábios semicerrados (DGS, 2009; Spruit *et al.*, 2013; Rodrigues, 2004). Para a execução dos autocuidados deverá ser aconselhada a tomar banho sentada num banco; vestir/ despir, calçar e descalçar os sapatos sentada; fazer a higiene pessoal sentada; usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para a realização de tarefas do dia-a-dia, não tendo pressa aquando da sua realização e subir escadas degrau a degrau (DGS, 2009; Presto e Damázio, 2009). Para a planificação das Atividades de Vida Diárias (AVD) também é importante considerar períodos de descanso, efetuar alterações na disposição de objetos mais utilizados e a eliminação de barreira arquitetónicas, para reduzir o gasto de energia e sensação de dispneia (Spruit, *et al.*, 2013; DGS, 2009; OE, 2010;).
- Treino de esforço, que associa o treino de endurance e o treino de força muscular. (DGS, 2009; Fernandes, 2009).

A GRT medicamentoso permite reduzir o trabalho respiratório, diminuindo a obstrução ao fluxo aéreo e a inflamação das vias aéreas, melhorando a sintomatologia e/ ou as complicações dos doentes (GOLD, 2009; DGS, 2011). A GRT não medicamentoso influencia positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular (DGS, 2009; Monninkhof *et al.*, 2003); reduz a dispneia, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a QDV dos doentes (Magalhães, 2009), diminuindo as exacerbações, consultas e internamentos hospitalares (DGS, 2009; Walters, Turnock, e Walters, 2010; Warwick *et al.* citado por Stellefson, Tennant, e Chaney, 2012), sendo a educação da pessoa com DPOC fundamental para a promoção do autocuidado: GRT, no âmbito da reabilitação respiratória (DGS, 2011).

Assim, a problemática subjacente ao projeto estruturou-se sobre conceitos fundamentais como: a promoção e adesão ao regime terapêutico e Enfermagem de Reabilitação (ER).

Na sua análise procurou-se compreender que problemas e necessidades resultam da não adesão ao regime terapêutico e quais as respostas terapêuticas dadas na esfera de intervenção do EEER.

Na literatura surgem inúmeros termos para descrever o conceito de gestão de regime terapêutico, como o caso de *self management* (autogestão) associado ao autocuidado e que autores como Lorig e Holman (2003) descrevem como um processo de aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória face à doença crónica. Ainda de acordo com os mesmos autores, estes definem cinco habilidades de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias de cuidados com o profissional de saúde e capacitação de ação.

VonKorff *et al* (1997) sugerem que a autogestão corresponde ao envolvimento da pessoa em atividades para promoção e proteção da saúde, monitorizar e gerir sinais e sintomas da doença, gerir o impacto da doença na funcionalidade, emoções e relações interpessoais e aderir ao regime terapêutico. Pressupõe alimentar-se de forma adequada, realizar exercício físico, monitorizar os sintomas, procurar ajuda dos profissionais, quando necessário, e tomar medicamentos.

A autogestão surge como um processo ativo e flexível, na qual a pessoa desenvolve ações (identifica os seus problemas; define objetivos; desenvolve planos; identifica formas para superar dificuldades e monitoriza o progresso no alcance das metas), por forma a sustentar mudanças comportamentais e alcançar as metas desejadas, relacionadas com a sua condição. Fatores como a educação, o suporte social e familiar, afetam a capacidade de autogestão, bem como a confiança em si mesmo e o apoio por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Bastos (2012) a GRT é um conceito global que engloba a adesão, mas que vai além da volição e que inclui, outros aspetos, como a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para

interpretar e agir em conformidade. Sendo que autores como Vermeire, Hearnshaw e VanRoyen (2001) e Osterberg e Blaschke (2005) consideram que a complexidade da adesão ao regime terapêutico ainda não permitiu estabelecer um método ideal, que possa ser utilizado como instrumento de medida de referência, quando se pretende a sua avaliação e identificar o nível de adesão. Nesse sentido, não existe uma forma de avaliar a GRT, isto é, não existe forma de avaliar todas as tarefas que a pessoa tem que lidar/enfrentar para gerir com sucesso o seu regime (Bailey, Oramasionwu e Wolf, 2013), sobretudo porque existe um elevado nível de individualização do regime terapêutico.

De acordo com Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso e Monteiro (2007), o défice no autocuidado, relativamente à GRT, pode ser multifatorial e associado a falta de conhecimentos, de habilidades e de motivação, por atitudes negativas face ao mesmo e até por dificuldade em tomar decisões. Segundo Bastos (2012) são necessárias duas condições para uma GRT eficaz: a cognição (processo intelectual que compreende a percepção, pensamento raciocínio e memória, fundamentais para manter e abandonar ações e tem em conta o conhecimento da pessoa) e a volição (processo psicológico, segundo o qual a pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos, tendo por base a intenção consciente para agir, realizar ou modificar determinado comportamento).

A WHO(2003) definiu adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde, em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilo de vida. Nesta sequência, Hertinen (1987) relaciona a adesão terapêutica com a adesão ao autocuidado, como um processo, flexível, ativo e responsável, no qual o indivíduo ao trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde, se esforça por atingir um bom nível de saúde, ao invés de se limitar a seguir as regras impostas (WHO, 2003).

Deste modo, a ineficaz GRT e sua não adesão, origina graves consequências a nível da saúde pública, manifestando-se no aumento da incidência e da prevalência de várias patologias, pelo que a WHO (2003) refere-se à adesão terapêutica como um indicador fundamental da eficiência dos serviços de saúde.

Atualmente existe um número elevado de doentes com patologias crónicas que recorrem inúmeras vezes aos serviços de saúde, podendo ser uma das causas, o seguimento inadequado da prescrição terapêutica, originando em muitas situações, sucessivos internamentos hospitalares (Cintra, Guarient e Miyasaki, 2010). De acordo com os mesmos autores, os problemas resultantes da não adesão têm aumentado significativamente nas últimas décadas, tornando-se uma das principais preocupações dos profissionais de saúde.

De acordo com Margato (2010), estudos existentes sobre esta problemática da adesão terapêutica evidenciam, que um dos principais problemas com que o SNS se depara é o cumprimento incorreto dos tratamentos prescritos ou o seu abandono, com consequências que se refletem na morbilidade e na mortalidade.

Um estudo realizado pela European Social Survey (2006), revela que o nível geral de adesão à terapêutica no nosso país, situa-se acima dos 93% (Cabral e Silva, 2010). Contudo Cabral e Silva (2010) concluíram que apenas um terço da população dos doentes em tratamento, adere integralmente às prescrições médicas. Neste contexto, estima-se que 30 a 50% dos doentes crónicos independentemente da doença, tratamento e do prognóstico, não adiram ao regime terapêutico (Haskard-Zolnierrek, DiMatteo e Martin, 2012). Apesar de não existirem estudos concretos em doentes respiratórios crónicos, estima-se que a taxa de não adesão ao plano terapêutico seja inferior a 24,8%, e cerca de 88% para a medicação inalada (DiMatteo, 2004; Gamble *et al.*, 2009).

Numa meta-análise realizada por Coleman et al (2012) acerca da influência da frequência da dose do medicamento ou tratamento na não adesão à terapêutica medicamentosa, concluíram que a não adesão em doenças crónicas é afetada pelo regime terapêutico instituído. De acordo com esta meta-análise, esquemas posológicos de três vezes ou mais por dia, provaram taxas de não adesão superiores relativamente a regimes de uma vez por dia, no entanto também estes apresentaram baixa adesão. Já em 1991 num estudo realizado por Dolce *et al.* verificou-se que num grupo de 78 doentes com DPOC em ambulatório e com esquemas posológicos envolvendo em média 6,26 medicamentos prescritos com diversas formas de administração, doses e horários, 54% dos doentes subutilizavam a medicação prescrita, 50%

aumentavam o esquema posológico em momentos de crise da doença e 31% dos indivíduos revelavam má técnica na realização dos inaladores.

Frequentemente, os doentes com DPOC precisam proceder a importantes mudanças comportamentais e de estilo de vida, tais como iniciar um programa de cessação tabágica, aderir a um programa de exercício físico, terapia de reabilitação funcional respiratória, e uso de outras terapias complementares como a oxigenoterapia e a VNI domiciliária (Restrepo *et al.*, 2008).

Uma terapia não farmacológica frequentemente prescrita e recomendada por profissionais de saúde, nomeadamente para doentes respiratórios crónicos com impacto positivo na qualidade de vida (QDV) destes doentes é a reabilitação respiratória. No entanto, as taxas de adesão também são reduzidas para este tipo de tratamento, situando-se nos 5%, tal como é comprovado pelo estudo de Perez, Wisnivesky, Lurslurchachai, Kleinman e Kronish (2012).

Este tipo de tratamento após uma exacerbação demonstrou ser seguro e eficaz para prevenir exacerbações da doença que requerem hospitalização (Andersen, Lampela, Nevanlinna, Saynajakangas e Keistinen, 2013). Num estudo realizado, comparando entre dois grupos o uso ou não de um programa de reabilitação respiratória, observou-se que o grupo que realizava reabilitação respiratória, tinha menos 23% de risco de readmissão hospitalar num período de 3 meses, relativamente a 32% do outro grupo (Eaton *et al.*, 2009).

Como referido anteriormente, a não adesão é um problema comum nos doentes crónicos que carecem de medicação e tratamentos prolongados, sendo essencial a sua adesão para o controlo da sua doença e para o sucesso do processo terapêutico proposto. Um dos grandes alvos de investigação nesta área, tem sido a identificação das variáveis que podem conduzir à não adesão terapêutica. Exemplo disso foi o trabalho desenvolvido pela OMS (2003), que estabeleceu um conjunto de dimensões que são responsáveis pelo incumprimento do esquema terapêutico recomendado, compreendendo fatores envolventes à pessoa, relacionados com a doença de base e co-morbididades, com o tratamento terapêutico, fatores sócio-económicos e fatores referentes à Equipa de Saúde e Sistema de prestação de cuidados. Contudo nem todos os doentes apresentam os mesmos motivos para não cumprirem o regime terapêutico proposto.



Kucukarslan (2012) considera que a chave do sucesso para a adesão, passa pela correta identificação das necessidades inerentes, traçando intervenções personalizadas e individualizadas, ainda que, eventualmente possam não ser, exequíveis no atual sistema de prestação de cuidados, que valoriza fortemente os custos.

Estão documentadas diversas soluções que envolvem os diversos intervenientes deste processo (doente, profissional de saúde, instituição de saúde e políticas de saúde).

Focando-se no utente Bugalho e Carneiro (2004) definiram estratégias, que foram agrupadas em estratégias educacionais, comportamentais e psicológicas. Apresentando ainda dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica:

- Intervenções educacionais - promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos, entre outros métodos, possuindo clareza e objetividade na linguagem, indo de encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização;
- Intervenções comportamentais - tendo como objetivo incorporar na prática diária mecanismos de adaptação; facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver as pessoas no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão.

Assim sendo, Bugalho e Carneiro (2004) consideram que, para que o doente respiratório crónico se sinta parte integrante do processo, é necessário:

- Aumentar e melhorar a qualidade da comunicação entre os envolvidos,
- Perguntar ao doente, sem o julgar, sobre o seu comportamento face à adesão não penalizando a não adesão com juízos de valor,
- Simplificar o regime terapêutico prescrito (diminuindo a frequência das doses a tomar, reduzir fármacos a tomar, optando por uma dose fixa combinada),
- Envolver e consciencializar o doente para o autocontrolo da doença como por exemplo: verificar a sua função respiratória através do *peakflow meter*,

- Perceber se se sente mais cansado e/ou com menores capacidades de realizar as suas atividades de vida diária,
- Incentivar o uso de auxiliares de memória para evitar o esquecimento da toma de medicação, realização de tratamentos ou idas a consultas,
- Haver reforço ou incentivo pela boa adesão traduzido no maior espaçamento entre consultas,
- Haver facilidade na aquisição de equipamento útil na gestão da doença respiratória (espirómetro de incentivo, material para o exercício de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), equipamento de VNI e oxigenoterapia domiciliária sem custos adicionais.

É fundamental uma vez tratada a exacerbação de uma doença respiratória crónica, que o doente continue o seu plano de tratamento, seguindo corretamente as indicações dos profissionais de saúde. Neste sentido, os programas educacionais e comportamentais podem maximizar a adesão, proporcionando satisfação na pessoa, evitando a progressão da doença e melhorando consequentemente a sua QDV. Corroborando este facto, em um estudo realizado por Garcia-Aymerich *et al* (2007), foi demonstrado que o autocontrolo dos doentes com DPOC que tinham sido integrados numa equipa de cuidados integrados em articulação com os cuidados primários após a alta hospitalar, ao final de um ano, tinham melhorado consideravelmente, ao nível de conhecimentos sobre a sua patologia, reconhecimento de exacerbações, procura precoce de tratamento em agudizações da doença e na adesão à realização de inaloterapia.

Após a alta hospitalar é essencial, que o doente respiratório crónico tenha consciência da importância da continuidade do tratamento, adquirindo toda a medicação prescrita, haver uma perfeita articulação entre as diversas empresas de dispensa de aparelhos de ventiloterapia domiciliária e oxigénio e o doente para o esclarecimento de dúvidas e resolução de eventuais problemas e se possível haver visitas domiciliárias para aferir a efetividade do tratamento que foi proposto (NEHI, 2009). Sendo assim, estes programas de intervenção, independentemente da sua natureza educacional, comportamental ou mista, desempenham um papel ímpar na melhoria da adesão à terapêutica.

Num estudo realizado por Sedeno, Nault, Hamd e Bourbeau (2009), num grupo de doentes idosos com co morbilidades, foi aplicado um plano de ação

escrito individual, onde estavam contempladas instruções sobre o que fazer em caso de exacerbação da DPOC. Verificou-se que, quando comparadas com o grupo de controlo, menos de metade das exacerbações registadas no grupo de intervenção resultaram em internamento, o que indica maior autocontrolo da doença como consequência direta de uma boa adesão terapêutica.

A educação é uma componente importante, permitindo obter benefícios ao nível da participação ativa do doente na gestão da doença e da adesão a comportamentos saudáveis (Vestbo *et al.*, 2013), sendo fundamental para a melhoria da autonomia do doente, no que respeita ao planeamento e vivência do seu dia-a-dia (e.g. higiene pessoal, utilização de transportes), quer relativamente à utilização dos serviços de saúde (Spruit *et al.*, 2013; Vestbo *et al.*, 2013; DGS, 2009).

De acordo com a OE (2010), o EEER possui conhecimentos e experiência acrescida que lhe permite desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação para ajudar os doentes crónicos a maximizarem o seu potencial funcional e a sua independência. No âmbito da reabilitação respiratória da Pessoa com DPOC, o EEER instrui e treina técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação do doente e pessoas significativas, no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados, proporcionando-lhe a melhoria das funções, nomeadamente a nível cardiorrespiratório; manutenção ou recuperação da independência nas AVD; minimização do impacto das incapacidades instaladas; a capacitação no autocontrolo da doença; a reintegração na família e na comunidade; o direito à dignidade e a melhoria da QDV.

Cuidar em ER exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, constituindo uma arte cuja característica principal é articular um vasto campo de conhecimentos, com uma vertente muito prática e simultaneamente holística e humanista, tendo assim como instrumento a relação e todo o conhecimento científico, e como inspiração o cuidar. Hesbeen (2001) aborda o “espírito da reabilitação” como uma característica especial que

permite a cada profissional mudar a visão dos fatos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem (...); um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeição ou às suas características (Hesbeen, 2010, p.35).

Sendo o desenvolvimento de competências de EEER o grande propósito de todo o meu percurso, pretendo que, ao longo deste documento, se torne claro que competências foram adquiridas e de que forma. Neste sentido, importa salientar que as aprendizagens não se limitaram ao plano inicial do projeto de formação e à patologia referida no título deste relatório. Apesar do tema incluir a DPOC ao longo do estágio realizado nos diferentes contextos não tive oportunidades de excelência com pessoas que detivessem esta patologia, tornando-se, no entanto, claro para mim que o tema promoção e adesão ao regime terapêutico é transversal a qualquer patologia, particularmente crónica.

Independentemente da patologia, como Dias *et al.* (2011) salienta, na GRT a pessoa é o ator principal e ao compreender as suas crenças, atitudes e valores pessoais, é possível planear e executar terapêuticas de enfermagem que facilitem a alteração da conduta e consequentemente, a promoção da saúde. É o enfermeiro que se centra no processo de capacitação da pessoa para o seu próprio autocuidado, pelo que se deve abranger cuidados a nível das áreas física, psicológica, comportamental, sociocultural, ambiental e espiritual (Abreu, 2011). Para um cuidar de excelência, a intervenção do EEER deve também envolver a família, na medida em que esta vai constituir-se como um pilar na reintegração comunitária da pessoa e também porque enquanto a pessoa não for autónoma, a família vai ajudar na satisfação das suas necessidades de autocuidado, muitas vezes sem estar preparada para tal, como Bolander (1998, p. 403) refere “a prática de enfermagem que incorpora uma filosofia de cuidados centrados na família pode contribuir grandemente para aliviar as necessidades dos membros das famílias.”

Assim sendo, mais do que na doença, a prestação de cuidados do EEER deve centrar-se na pessoa/família e suas necessidades, de forma a estabelecer uma relação terapêutica humanística centrada no respeito e valor da pessoa. É neste sentido que se desenvolve este projeto, sendo o foco central a Promoção da Adesão e GRT e o modo como o EEER pode cuidar, capacitar e maximizar a pessoa e sua família, para aderirem e gerirem corretamente o seu regime terapêutico. Os cuidados do EEER são centrados na pessoa e as intervenções desenvolvidas no respeito pelas suas necessidades, preferências e vontade.

O referencial teórico que sustenta este projeto é a teoria de Orem por esta considerar a Pessoa com necessidades de educação para o autocuidado: GRT,

afim de conseguir o autocontrolo da doença no domicílio, melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (QDV). De acordo com Orem (1995), a educação da pessoa com necessidades de saúde tem importância para que esta se possa autocuidar, constituindo um aspeto importante na garantia de independência, segurança e participação em sociedade.

A pessoa portadora de doença crónica é desafiada no seu quotidiano a integrar e desenvolver comportamentos de autocuidado que promovam a sua QDV e bem-estar, como a integração de regimes medicamentosos complexos, assim como comportamentos de autovigilância e proteção (Acúrcio *et al.*, 2009). Além disso, necessita ainda de aprender a viver com a doença, sendo o enfermeiro, um agente facilitador no processo de adaptação ao estimular e fortalecer a capacidade de autocuidado, bem como na gestão da doença e do regime terapêutico, desempenhando um papel de conselheiro, educador orientador e suporte.

O estágio decorreu em dois contextos, que se sucederam cronologicamente e que passarão a ser genericamente referidos como serviço de Pneumologia e numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O primeiro decorreu num Centro Hospitalar da Região de Lisboa, num serviço de Pneumologia. Este serviço é caracterizado pela qualidade e diferenciação dos cuidados que presta às pessoas com as mais diversas patologias do aparelho respiratório, sendo as mais frequentes a DPOC, asma, derrame pleural, pneumotórax, fibrose quística, bronquiectasias e neoplasia do pulmão. No entanto tenho de ressaltar que apesar do tema do projeto/ relatório incidir na Pessoa com DPOC e desta ser uma das patologias mais frequentes no serviço, infelizmente no período em que decorreu o meu estágio não tive oportunidade de contactar com pessoas que detivessem esta patologia.

A cultura da Reabilitação está patente neste serviço há vários anos, especialmente no que se prende com o reconhecimento de que a Reabilitação Respiratória é essencial para uma recuperação mais rápida e eficaz de quadros de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Outro dos motivos de escolha deste campo de estágio, resulta da EEER desenvolver grande parte da sua intervenção na área da RFR, havendo o reconhecimento da equipe multidisciplinar da importância da sua intervenção.

A EEER é uma profissional dinamizadora na equipa de enfermagem que através de uma avaliação da pessoa com patologia respiratória assente em conhecimentos teóricos e práticos vastos, adequa cuidados de ER que respondem às necessidades da pessoa cuidada.

Possui competências específicas que permitem uma articulação entre a equipa médica, equipa de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, outros elementos externos ao serviço como serviço de medicina física e reabilitação, exames complementares e comunidade, por forma a capacitar a pessoa para um regresso a casa o mais seguro possível. A EEER tem um conhecimento profundo das necessidades da pessoa cuidada, conseguindo assim decidir como se articular com os outros grupos de maneira a existir uma continuidade de cuidados adaptados à condição da pessoa cuidada, salientando a articulação com o Departamento de RFR, mantendo planos de reabilitação em ambulatório após a alta.

O segundo contexto de estágio, inseriu-se numa ECCI de um ACES na área metropolitana de Lisboa.

As ECCI são multidisciplinares e, são responsáveis pela prestação de serviços domiciliários, consequentes a uma avaliação integral de cuidados médicos, enfermagem, reabilitação e de apoio social entre outros, a pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional, em processo de convalescença ou doença terminal, que possuam rede de suporte social e cuja situação não requer internamento mas que no entanto não se podem deslocar de forma autónoma (Artigo 27.º, Decreto-Lei nº101/2006). Assim sendo, estas equipas têm como finalidade garantir a melhor QDV ao utente/ família em situações de dependência, apoiar e desenvolver o autocuidado em ambiente familiar e colaborar de forma ativa na recuperação do utente promovendo a sua autonomia e prevenindo complicações (Artigo 27.º, Decreto-Lei nº101/2006).

A ECCI onde realizei o estágio tem um horário de funcionamento de segunda a sábado, incluindo feriados e aos domingos para utentes programados. Os recursos humanos incluem dois médicos em tempo parcial, cinco enfermeiras, duas das quais EEER, uma psicóloga e uma técnica superior de serviço social ambas em tempo parcial, três assistentes operacionais e uma assistente técnica. Os parceiros da comunidade incluem o Centro de Saúde e Hospital da área;

segurança social, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, IPSS, paróquias e as famílias.

Os utentes são referenciados para a ECCI mediante proposta do médico de família ou através da equipa de gestão de altas do hospital da área de referência. Após referência do utente para a ECCI é agendada uma visita domiciliária, para realização de avaliação clínica e social.

Durante o tempo em que decorreu o estágio a maioria dos utentes eram do foro ortopédico, com maior incidência de artroplastias da anca, idosos com síndrome de imobilidade após internamento prolongados, pessoas com doenças oncológicas em situação paliativa e nos últimos tempos algumas patologias neurológicas como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Foi possível constatar que a intervenção do EEER é determinante para maximizar a independência funcional dos utentes, mediante o desenvolvimento de estratégias adaptativas para contornar ou ultrapassar as limitações ou dificuldades sentidas pela pessoa e/ou família.

A estrutura do presente relatório assentará em três capítulos principais. No primeiro procede-se à descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, evidenciando a aquisição de competências, limitações, dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para as superar, remetendo simultaneamente para a fundamentação científica e a implementação do projeto de formação. No segundo capítulo procede-se à avaliação deste percurso, salientando pontos fortes e aspetos menos bem conseguidos, assim como a crítica à implementação do projeto de formação. Por fim, abre-se espaço a algumas considerações finais e reflexões acerca de oportunidades de desenvolvimento futuro.

# **1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Nesta descrição de atividades procurou-se incluir uma análise crítica e fundamentada à luz da evidência científica. Embora a concretização de determinadas atividades tenha contribuído simultaneamente para o desenvolvimento de mais do que uma competência, bem como para a operacionalização de objetivos propostos no projeto de formação, numa tentativa de facilitar a leitura, optou-se por dividir o capítulo de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos seus regulamentos.

## **1.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

É através da relação terapêutica, que o enfermeiro se distingue, permitindo-lhe compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural num quadro onde procura abster-se de juízos de valor (OE, 2001).

Ao longo do percurso profissional foram sempre tidas em conta as orientações dadas pela OE no Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Padrões de Qualidade e outros documentos orientadores da prática de enfermagem. Porém, foi sentida a necessidade de ir mais além, tornando o cuidar mais especializado.

Como é referido no regulamento das competências comuns o Enfermeiro Especialista (EE), destaca-se do enfermeiro de cuidados gerais pois possui:

...conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.(OE, 2010a, p. 2).



### **1.1.1- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

O exercício seguro, profissional e ético é da responsabilidade de qualquer enfermeiro, sendo obrigado a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (OE, 2012, p. 72).

Por outro lado, o julgamento clínico implica flexibilidade com um conhecimento aprofundado da prática clínica, mas também por um entendimento da pessoa (Tanner, 2006).

Uma das principais características que pude constatar e experienciar na abordagem e relação com as pessoas a quem prestei cuidados, foi o estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de confiança e, acima de tudo, de parceria, baseada na convicção de que a minha intervenção detinha um valor acrescentado. Afirmação esta corroborada por Hesbeen (2002, p.74) que descreve esta relação, como um encontro, com um objetivo definido “...o de conseguir tecer laços de confiança.”

Benner (2001) salienta que o cuidado à família não é menos relevante, reforçando que as competências do EEER às famílias, são fundamentais, ajudando-as na promoção da sua própria autonomia e no desenvolvimento de capacidades, para cuidarem do seu familiar e consequentemente na promoção da mobilidade e consequente autonomia da pessoa no seu contexto de vida. Assim sendo, em todas as intervenções desenvolvidas, procurei estabelecer uma relação que interligasse a competência técnica com a vivência da pessoa, respeitando sempre a sua decisão.

Como definido no 89º artigo alínea a) do CD (Nunes *et al.*, 2005), o enfermeiro deve ser responsável pela humanização dos cuidados, quando os presta e dá atenção à pessoa como um todo, tendo sido também identificadas, prevenidas e corrigidas intervenções de risco, em práticas realizadas pela família/ cuidador, bem como intervenções por outros elementos da equipe multidisciplinar.

Por outro lado, compete também ao enfermeiro como descrito no artigo 83, alínea d) do Código Deontológico (CD) (Nunes *et al.*, 2005), salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar com ela ativamente na sua

reinserção na sociedade, fator que sempre foi tido em conta ao longo da prestação de cuidados de ER e na realização dos respetivos registos, recorrendo aos instrumentos de registo informatizados e em papel existentes nos serviços, permitindo desta forma a visibilidade do trabalho de ER desenvolvido e também para conhecimento da restante equipe, com o intuito de haver seguimento das mesmas.

O princípio ético da autonomia esteve sempre patente, especialmente quando a sua independência ou autonomia funcional, se encontrava comprometida pode constatar, particularmente em contexto domiciliário, o quão importante é que a pessoa sinta que detém controlo e poder de decisão (independência vs autonomia) sobre os diferentes aspetos da sua vida.

Na equipa multidisciplinar, os enfermeiros são os profissionais que, , detêm um conhecimento mais aprofundado e uma posição privilegiada para o estabelecimento de uma relação, não só com a pessoa, mas também com os cuidadores informais (Booker, 2005). Sendo esta relação iniciada no momento em que o enfermeiro se senta junto da pessoa para realizar a colheita de dados, foi agora realizada sob um novo olhar, uma visão mais aprofundada e diferenciada da pessoa e do seu défice de autocuidado, por forma a conseguir estabelecer um plano de reabilitação individualizado às características e expetativas individuais e familiares.

Foram realizadas colheitas de dados, procedendo posteriormente à formulação de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções, procurando sempre como o CD refere “cuidar da pessoa como ela gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada” (Nunes *et al.*, 2005, p.143), avaliando os seus resultados periodicamente e suspendendo-as quando já não se fundamentavam.

Cabe também ao enfermeiro especialista a liderança efetiva de processos de tomada de decisão de maior complexidade, desempenhando o papel de consultor para a restante equipa (OE, 2010). Neste sentido surgiram oportunidades de participar no processo de tomada de decisão, no âmbito da equipa de enfermagem e multidisciplinar, designadamente nas passagens de turno de enfermagem e médicas, verificando-se nestes momentos a importância do papel do EEER nos cuidados à pessoa e sua família/ cuidador, contribuindo no processo com conhecimentos atualizados sobre o estado de saúde da pessoa, sugerindo intervenções com base na evidência científica e na sua experiência

clínica, assumindo assim a liderança da equipa de enfermagem na sua área de competência.

As atividades desenvolvidas em estágio para alcançar este objetivo, permitiram o desenvolvimento das respetivas competências:

**A1.** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

**A1.1.** Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;

**A1.2.** Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;

**A1.4.** Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;

**A2.** Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

**A2.1.** Promove a proteção dos direitos humanos;

**A2.2.** Gere na equipa, de forma apropriada a prática de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

### **1.1.2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Durante a prestação de cuidados os enfermeiros e as pessoas de quem cuidam, encontram-se expostas a uma variedade de riscos (químicos, ergonómicos...), contribuindo para a ocorrência de doenças e acidentes. No entanto, como Barbosa *et al.* (2009) sugere, estes riscos poderão ser minimizados, dotando os profissionais com informação que lhes possa permitir agir o mais corretamente possível e assim manterem-se seguros.

De acordo com Wilson (2003) o controlo de infeção assume um papel relevante no controlo de riscos, uma vez que, ao cuidar de forma segura das pessoas, auxilia na prevenção de infeções hospitalares. Segundo dados disponíveis 30% a 40% das infeções causadas por agentes resistentes, são resultado de colonização e infeção cruzada, sendo as mãos dos profissionais de saúde o principal veículo (DGS, 2007). Muitas das IACS adquiridas em ambiente hospitalar são endémicas e é considerada a sua relação direta com a não adesão a boas práticas por parte dos profissionais de saúde. Como Seto (1995) sugere, são procedimentos simples como cuidar das pessoas sem ter lavado as mãos,

que perpetuam a transmissão de infeção, que apesar de simples, são procedimentos rotineiros muito difíceis de mudar.

Relativamente à segurança na componente técnica da minha intervenção, foi fundamental, a observação e reflexão dos cuidados prestados pelas minhas orientadoras, assim como a discussão e avaliação de casos e situações que eram realizados previamente à minha intervenção junto dos utentes. Também foi fundamental um estudo aprofundado na tentativa de munir-me de conhecimento através da evidência científica, assim como a plena integração na equipa e o conhecimento de protocolos e normas existentes.

No que concerne à segurança ambiental no contexto da prestação de cuidados, foram identificadas, prevenidas e corrigidas intervenções de risco em aspetos simples como, por ex., o travar de uma cadeira de rodas quando se levanta. Na execução das técnicas de RFSM e RFR, promoveu-se a aplicação dos princípios de ergonomia e segurança nos cuidados prestados, nomeadamente o respeito pelos princípios da mecânica corporal, a prevenção de quedas e o risco de acidentes.

Igualmente importante foi a identificação e prevenção de situações de risco em práticas realizadas pela pessoa alvo de cuidados ou agente de autocuidado, quer na incorreta execução de técnicas no âmbito da reabilitação como em técnicas relativas aos cuidados gerais.

Muitas vezes após a alta, os utentes deparam-se com um novo contexto que poderá não estar preparado para a sua nova condição, o contexto domiciliário, em que o papel do EEER não é menos importante e relevante, como um alerta de cuidado para a presença de um tapete que pode originar uma queda.

Este objetivo e as atividades desenvolvidas em contexto clínico facultaram o desenvolvimento das seguintes competências:

**B3.** Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

**B3.1.** Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

### **1.1.3- Competências do Domínio de Gestão de Cuidados**

Com o aumento da população idosa e casos de maior dependência, urge uma maior utilização da imaginação e criatividade para a criação de novas estratégias, mantendo a mesma eficácia e rigor, ao mesmo tempo que não aumente os encargos financeiros das pessoas. Assim sendo necessitei de adquirir competências no âmbito da gestão de recursos materiais, ao ter de encontrar alternativas aos comuns pesos e halteres, como embalagens de soro fisiológico ou arroz , substituindo o bastão por uma bengala ou treinar a motricidade fina com recurso a molas da roupa, conseguindo simultaneamente transmitindo à pessoa uma personificação dos cuidados em torno dos objetivos negociados.

Ao longo do estágio nos diferentes contextos clínicos valorizei a contribuição dos diferentes elementos da equipa em prol do mesmo objetivo. Por exemplo quando ia iniciar o plano de RFR, se na avaliação inicial à auscultação a pessoa se encontrava com broncoespasmo, procurava saber se tinha inaloterapia instituída e se já tinha sido administrada, por forma a administrar caso ainda não tivesse sido para posterior realização do plano de RFR, ou no caso de já ter sido administrada comunicar a situação à equipa médica para proceder a uma nova avaliação ou ajuste de terapêutica.

A gestão do trabalho multidisciplinar é um dos maiores desafios com que o enfermeiro especialista se depara. Reportando-me para uma situação de um utente que participava num plano de reabilitação elaborado pelas EEER da equipe da ECCI há cerca de dois meses, com dependência nas AVD após ter sofrido um AVC isquémico e que não possuía um suporte familiar adequado, impedindo a progressão do seu processo de reabilitação apesar do seu elevado potencial funcional.

Após reunião com equipe multidisciplinar, foi consensual que a melhor opção para este utente seria a referenciação para uma unidade de cuidados continuados de reabilitação, tendo sido posteriormente “discutido” e aceite pela família e pelo próprio utente, ingressando numa unidade após duas semanas da decisão e onde iria permanecer durante os três meses seguintes.

O contato que tive com a família/ cuidador(es) permitiu-me supervisionar e orientar os cuidados que prestam à pessoa dependente, uma vez que como

Sequeira (2007) sugere ao assumirem a responsabilidade de cuidarem uma pessoa com dependência, encontram-se em processo de aquisição de novos conhecimentos e experiências, havendo a necessidade de implementação de estratégias que possam dar resposta não só à pessoa dependente, como a si mesmos. Fui constatando a necessidade de informação sobre a doença, manuseamento de materiais, assim como de maior conhecimento e informação sobre a gestão do regime medicamentoso, tendo desta forma informado sobre o estado de saúde da pessoa, ensinado sobre procedimentos técnicos e após diversos momentos de partilha e escuta ativa surgiu a necessidade de solicitar outros profissionais, como assistentes sociais, para providenciar serviços de suporte como uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC) com internamento para descanso do cuidador.

Durante o estágio em contexto hospitalar tive a oportunidade de orientar os colegas no sentido de darem continuidade a determinados cuidados, tanto na forma de realização de exercícios como na orientação acerca dos comportamentos que melhoram o estado de saúde das pessoas. Por exemplo, no caso de uma pessoa com derrame pleural alertei os colegas para a relevância de efetuar mudanças de posição entre o decúbito lateral e semidorsal oposto ao derrame e, no caso de tolerância, o semiventral ao longo do dia, por forma a otimizar a reabsorção do mesmo e prevenir a formação de sinequias (Taveira e Pascoal, 2013). No sentido de desenvolver intervenções no âmbito da gestão de cuidados, identifiquei a minha prática com uma visão coletiva do ambiente laboral e por essa via é fundamental potenciar relações interpessoais saudáveis quer entre os membros da mesma equipa de profissionais, quer na equipa multidisciplinar, valorizando os diversos contributos individuais em prol do objetivo comum, como reconhecem Curtis e O'Connell (2011). Mantenho uma postura calma e tranquila na interação com os restantes colegas, utentes e outros profissionais. Considero ainda conseguir manter presença de espírito e calma em situações críticas e geradoras de stress, bem como uma postura ajustada às diferentes situações com que me vejo confrontada, mesmo quando é necessário reajustar o meu plano de trabalho.

Este objetivo e as atividades desenvolvidas em contexto clínico facultaram o desenvolvimento das seguintes competências:

**C1-** Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipe de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipe multidisciplinar

**C1.1** – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

**C1.2** – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

#### **1.1.4- Competências do Domínio das Aprendizagens Profissionais**

Para uma estruturação do meu pensamento e processo reflexivo, recorri habitualmente ao Ciclo de Gibbs como forma de poder alcançar um desempenho mais fundamentado, relacionalmente e tecnicamente mais adequado.

Kim (2010) refere que em enfermagem o conhecimento resulta de dois vetores: o conhecimento privado, que consiste no saber pessoal adquirido com a experiência e o conhecimento público, relacionado com os saberes da disciplina (teorias, evidências científicas, consensos).

O enfermeiro é detentor de um “saber na ação”, produto da biografia e experiências passadas, conhecimentos atuais e da sua relação ativa com a prática (Medina Moya, 2008), por sua vez Benner (2001, p.202) emprega a expressão experiência como “um processo ativo que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade” e não tanto como uma referência à passagem do tempo. Assim sendo, a teoria e prática estão efetivamente interligadas, sendo, no entanto, uma relação manipulada por contingências pessoais e situacionais (Flaming, 2001).

Através da pesquisa bibliográfica e reflexão, foi possível desenvolver conhecimentos e mobilizá-los para a prática, respeitando sempre as normas existentes em cada serviço e questionando o EEER orientador, sempre que surgiam dúvidas na prestação de cuidados de ER à pessoa e/ou à família. Este questionamento ativo, assim como a partilha de conhecimentos, aprendizagens e experiências com a equipa de ER, permitiu uma compreensão mais evidente sobre a relevância do aprofundamento de conhecimentos, que fundamentam as tomadas de decisão e as intervenções realizadas pelo EEER, na sua prática profissional.

Eraut (2008) refere que quando se fala em aprendizagem no contexto de trabalho, é fundamental que este proporcione oportunidades de aprendizagem diferentes das que normalmente se encontram disponíveis no contexto de formação académica.

Deste modo, assistiu-se diariamente à passagem de turno de enfermagem e médica. Estes momentos, foram muito enriquecedores para o processo de aprendizagem, não só porque possibilitaram colher dados sobre as pessoas internadas, mas também permitiram compreender o papel do EER nos mesmos, designadamente o seu contributo ativo no esclarecimento de aspetos relativos à reabilitação da pessoa.

Nomeadamente no primeiro contexto de estágio, a EEER orientadora ao longo da primeira semana de estágio promoveu a minha formação sobre imagiologia do tórax. No sentido de desenvolver competências nesta área de avaliação, todos os dias antes da prestação de cuidados de reabilitação à pessoa, eram analisadas várias radiografias ao tórax, para assim, aperfeiçoar a capacidade de observação e análise deste exame, otimizando o planeamento de intervenções de ER.

A formação desempenha uma função determinante em relação à prestação de cuidados, pois é geradora de comportamentos e atitudes (Collière, 2001). Neste sentido foi realizada uma ação de formação à equipa de enfermagem da ECCI alusiva à VNI (apêndice VI), tendo sido sugerida por mim às enfermeiras orientadoras, após dúvidas e questões lançadas por elementos da equipa relativas a este tema. Esta formação teve como objetivo esclarecer a equipa de cuidados gerais e paliativa, não só sobre cuidados e intervenções a ter com a pessoa sob VNI mas também dar visibilidade à intervenção da ER perante esta e suas possíveis complicações.

No decorrer deste processo evolutivo de aprendizagem pessoal e profissional, através dos cuidados de ER, das reuniões com os OC dos diferentes CC, e com o professor orientador de estágio, compreendeu-se o quão relevante se torna, para o EEER, investir na sua formação, de forma a promover o desenvolvimento das competências na área da ER. Assim, no caminho para a especialização em ER, não há dúvida de que a reflexão crítica sobre “o que se faz” e “porque se faz” é um importante instigador de mudança, no sentido da excelência dos cuidados de enfermagem, devendo, por isso, ser valorizada e



efetivada, sempre que possível, para que possam ocorrer contínuos progressos na profissão.

Este objetivo e as atividades desenvolvidas em CC permitiram o desenvolvimento das seguintes competências:

**D1.** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

**D1.1.** Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

**D1.2.** Gere respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;

**D2.** Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

**D2.1.** Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;

**D2.2.** Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

## **1.2- Competências Específicas do EEER**

A OE (2010) elaborou regulamentos das competências específicas do enfermeiro para cada uma das especialidades, neste caso reporto-me para o regulamento específico do EEER. O desenvolvimento destas competências representou um importante investimento durante a realização dos estágios, as quais procurei transpor para o presente relatório as situações mais relevantes.

### **1.2.1- Cuidar de Pessoas com Necessidades Especiais**

O ponto de partida para a realização de qualquer intervenção é a avaliação da pessoa. Para a sua realização foram mobilizadas várias técnicas comuns da prática profissional de um enfermeiro generalista, mas também foram aplicados e desenvolvidos recursos próprios de um EEER.

A observação revestiu-se de novos contornos, relativamente à que possuía antes de ter dado início a este novo percurso, o olhar do EEER, observar a pessoa pelo seu potencial ao invés da sua incapacidade.

No serviço de Pneumologia a observação contemplou aspetos variados. A primeira fonte de informação geralmente era a passagem de turno, através da qual me permitia saber que pessoas se encontravam internadas, qual o seu estado em termos de estabilidade ventilatória e hemodinâmica, intercorrências e planos da equipe médica para as horas seguintes.

No começo deste estágio senti a necessidade de criar um guião de avaliação (Apêndice I), constituído por um questionário aplicado através de uma entrevista informal com a pessoa, por forma a conhecer algumas informações como hábitos de vida, condições habitacionais, apoios da comunidade. Apliquei ainda instrumentos de medida, por forma a diminuir o carácter subjetivo das avaliações e para uma uniformização da linguagem. Adotei o Mini Mental State para avaliação do estado mental, o questionário EURO-QoL para avaliação da QDV, a Escala de Borg para avaliação da dispneia e, em casos mais raros no serviço de Pneumologia e mais profundamente desenvolvidos no estágio seguinte na ECCI, a escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council, a Escala de Ashworth modificada na avaliação da espasticidade, a Escala de Berg, escala de Morse para o risco de quedas e Índice de Equilíbrio Tinetti para o equilíbrio.

Incluí ainda o Índice de Barthel e o Índice de Katz, índices de avaliação de funcionalidade que começaram a ser aplicados no primeiro contexto de estágio, mas que foram ainda mais desenvolvidos no segundo. Através da aplicação destes índices pude não só sistematizar a avaliação funcional das pessoas, mas também comparar scores por mim obtidos com os scores obtidos à data de admissão, tornando-se possível demonstrar a sua evolução em termos de ganho de funcionalidade e evidenciado os progressos conseguidos.

O treino de observação dos parâmetros referentes à avaliação respiratória foi uma constante, como a postura corporal e características do tórax, frequência, ritmo, amplitude e simetria dos movimentos respiratórios, a presença de dispneia ou ortopneia, tosse, expectoração, cianose ou dor. No primeiro contexto clínico, a Escala de Borg modificada, já referida anteriormente, foi um recurso importante para a quantificação da perceção subjetiva do esforço físico e, por exemplo, no treino de AVD, escadas e marcha.

Ainda relativamente a este contexto de estágio, senti-me privilegiada ao utilizar duas ferramentas essenciais sobre as quais não possuía muito

conhecimento: a auscultação pulmonar e a interpretação da telerradiografia de tórax. A primeira técnica requereu treino e repetição para a distinção dos diferentes ruídos adventícios, bem como a sua interpretação à luz do estado clínico da pessoa. Esta é uma técnica realizada no início e final de cada sessão de reabilitação respiratória, servindo não só como avaliação inicial, mas também dos resultados obtidos com a intervenção.

Um outro aspeto que considerei interessante e que foi observado ao longo do decurso da prática clínica hospitalar, foi precisamente a integração teórico-prática destes instrumentos de avaliação: observação, auscultação pulmonar e interpretação de telerradiografia de tórax. Por exemplo, perante a observação da diminuição da expansão de um hemitórax e a ausência de murmúrio vesicular num campo pulmonar, frequentemente a radiografia confirmava a presença de uma atelectasia ou derrame pleural.

No âmbito da reabilitação respiratória, o EEER instrui e treina técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação do doente e pessoas significativas, no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados, proporcionando-lhe melhoria de funções, a nível cardiorrespiratório; manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida; minimização do impacto das incapacidades instaladas; capacitação no autocontrolo da doença; a reintegração na família e na comunidade; o direito à dignidade e a melhoria da QDV (OE, 2010).

Embora o tema do meu relatório seja a Pessoa com DPOC, foram escassas as oportunidades de trabalhar com pessoas portadoras desta patologia. Por sua vez no período em que decorreu o meu estágio no serviço de Pneumologia, foram várias as pessoas com asma (entre outras patologias obstrutivas) internadas.

Pode-se afirmar que os EEER, pelas competências desenvolvidas através da sua formação especializada, são os profissionais melhor posicionados para ensinar, instruir e treinar doentes nas atividades funcionais da sua vida diária, ensinar e orientar os respetivos familiares no processo de reabilitação, executar técnicas específicas de reeducação de funções orgânicas afetadas, participar em equipa nos programas de reabilitação/ prevenção e ainda de reintegração socioprofissional do doente, minimizando o impacto da dependência instalada (Ferreira, 2011).

Num caso em concreto de um utente asmático, após a aplicação do meu guião de entrevista constatei que tinha poucos conhecimentos acerca da sua patologia, apesar de já ter sido diagnosticada há mais de duas décadas.

Na componente de educação para a saúde, a pessoa foi instruída sobre mudanças de comportamento a adotar e autogestão, ou seja, dotar a pessoa de ferramentas para reconhecer e gerir a sua doença (Spruit *et al*, 2013). Para tal forneci panfletos e elaborei um folheto sobre a asma (apêndice IV), com informações e conselhos no que toca a mudanças de comportamento e adesão ao regime terapêutico, tendo este último item compreendido não só a terapêutica farmacológica assim como a realização de exercício, implementação de técnicas respiratórias e técnicas de conservação de energia (Spruit *et al.*, 2013; McCarthy *et al.*, 2015). Não menos importante foram também os momentos proporcionados para que a pessoa e família pudessem expor as suas dúvidas.

Numa fase inicial do internamento a dispneia era um dos sintomas mais manifestado, e como Bott *et al.* (2009) sugerem para o seu controlo, foram tomadas medidas que passaram pela intervenção no posicionamento, adoção de auxiliares de marcha, de técnicas respiratórias, gestão dos níveis de ansiedade, a implementação de reabilitação respiratória, de exercício físico, treino dos músculos da respiração, oxigenoterapia, técnicas de limpeza da via aérea e treino dos músculos do assoalho pélvico. Os programas de exercício contribuem para o aumento do volume inspiratório e reduzem a hiperinsuflação dinâmica, contribuindo assim para o decréscimo da dispneia funcional (Casaburi, 2009 citado por McCarthy *et al.*, 2015). Além disto, contribuem para o aumento da função muscular, para o decréscimo da fadiga resultado em aumento da resistência.

As técnicas de conservação de energia assumiram extrema relevância, não só para a realização de exercícios, bem como na preparação do regresso ao domicílio e na realização de AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Num caso em concreto de um utente que referia sentir cansaço na realização de higiene no chuveiro em pé, foi adotado o uso de um banco, que após conversação com o mesmo e de acordo com as características do seu domicílio, era um recurso ao qual iria recorrer em caso de necessidade no futuro após a alta hospitalar.

Em outros casos, diferentes estratégias e conselhos foram dados após diálogo com o utente e seu cuidador no sentido de preparação no regresso a casa, como o sentar para realizar certas tarefas, a utilização de adaptações na habitação como baixar o nível de determinado objeto, pegas, entre outros auxiliares, por forma a reduzir ou eliminar o movimento, estratégias estas que num estudo realizado em 2006 por Velloso e Jardim (citado por Bott *et al.*, 2009), atestaram o benefício na redução da dispneia no decurso da realização de AVD.

No sentido de melhorar a capacidade respiratória, foram implementados exercícios de controlo respiratório e de treino dos músculos respiratórios, sendo que estas duas estratégias são frequentemente referidas na literatura como tratamento não farmacológico e são utilizadas para gerir e melhorar a capacidade respiratória das pessoas, utilizando estratégias de implementação diferentes (Gosselink, 2003; Bott *et al.*, 2009; Borge *et al.*, 2014).

Os exercícios de controlo respiratório incluem técnicas de respiração diafragmática, expiração com lábios franzidos, técnicas de relaxamento, e técnicas de controlo postural. Estas técnicas têm como objetivo diminuir o esforço realizado para respirar e assistir no relaxamento dos músculos respiratórios (Gosselink, 2004; Borge *et al.*, 2014). No que se relaciona com os exercícios de treino dos músculos respiratórios, o seu objetivo é melhorar a força e resistência muscular, pois com a DPOC estes músculos apresentam-se debilitados e realizam grande esforço para controlar a frequência respiratória e reduzir a dispneia sentida por estes doentes (Bott *et al.*, 2009). A respiração diafragmática consiste na respiração realizada com enfoque no controlo do músculo diafragmático (Gosselink, 2003; Borge *et al.*, 2014), ao mesmo tempo que se tenta reduzir ao máximo o trabalho dos músculos acessórios da inspiração (Cahalin *et al.*, 2002 citado por Borge *et al.*, 2014). A realização deste tipo de respiração durante o esforço ajuda na redução da frequência respiratória e aumenta a velocidade da recuperação, quando comparada com a expiração usual. A atelectasia foi uma das complicações mais encontradas ao longo do estágio em pneumologia. Foi-me possível usar o espirómetro de incentivo, amplamente utilizado, com a vantagem de permitir dar continuidade aos exercícios de cinesiterapia respiratória durante o período da tarde e durante os fins-de-semana.

Relativamente ao planeamento, os dois momentos de estágio decorreram com notável diferença entre si. No serviço de Pneumologia a intervenção do EEER ocorreu junto de pessoas em contexto hospitalar, obrigando a um planeamento de cuidados que desse resposta a uma evolução regra geral favorável, assim como a um regresso a casa num curto espaço de tempo. Ao invés, na ECCI a população junto de quem o EEER intervinha era constituída essencialmente por pessoas em pós-cirúrgico ortopédico, síndrome de imobilidade por internamentos prolongados, em situação paliativa e alguns casos de pessoas com sequelas ou portadoras de doenças neurológicas, verificando-se a necessidade de um planeamento a médio/longo prazo, tendo em conta uma evolução mais demorada.

Ao longo do estágio deparei-me com inúmeras situações de síndrome de imobilidade, ou por uma situação aguda de doença ou simplesmente devido ao envelhecimento.

Segundo Parada e Pereira (2003) a inatividade crónica, que se encontra mais associada ao sedentarismo, ou a aguda, resultante de uma intercorrência que requereu um repouso prolongado no leito, são condicionantes de alterações da mobilidade, implicando alteração na capacidade funcional do sistema músculo-esquelético, que se mantiver durante um período de tempo os restantes sistemas orgânicos também poderão ser atingidos originando a uma desorganização global do organismo implicando uma continuidade da inatividade, tornando-se processo um ciclo vicioso.

Para a satisfação dos requisitos propostos na teoria do défice de autocuidado de Orem (1995) a mobilidade funcional é de extrema importância. A limitação progressiva na capacidade de satisfazer estes requisitos é um dos efeitos mais patentes na evolução do processo de envelhecimento, que associados à falta de apoio familiar e social são impulsionadores para o isolamento e inatividade progressivos (Parada & Pereira, 2003).

Reportando-me para o caso de uma Sr.<sup>a</sup> que tive oportunidade de cuidar já em processo de reabilitação após um internamento prolongado por uma infeção respiratória com necessidade de VMI, era uma pessoa idosa, o que de acordo com Brach, Wert, Perera e VanSwearingen (2013) é um fator que provoca o aumento do esforço necessário para a mobilização, podendo também

desencadear uma diminuição da função motora e originar medo da queda e por sua vez diminuição na confiança durante a deambulação.

Para Hoeman, Lyszner e Alverzo (2011) a ER assume o seu interesse na assistência à pessoa no desenvolvimento das suas potencialidades, otimização da função alterada e na integração desta no processo de reabilitação, sendo que, como Kneafsey (2007) sugere, as intervenções de enfermagem em pessoas com alteração da mobilidade ajudam a prevenir a imobilidade e estimulam a mobilização.

Foi essencial uma avaliação global à utente em questão, para o planeamento e adaptação das intervenções do EEER às necessidades de autocuidado da pessoa. Implicou determinar o grau de dependência funcional, ambiente, dispositivos de apoio e equipamento que possa ser necessário durante o desempenho das AVD, bem como a avaliação da execução das próprias AVD e AIVD, compreensão dos objetivos de vida, educação e lazer (Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011).

Numa fase inicial e como a pessoa em questão se encontrava no domicílio, as intervenções dirigidas ao cuidador assumiram grande importância, por forma a garantir não só melhores cuidados à pessoa em questão, mas também para promover um adequado funcionamento do agregado familiar, nomeadamente a dotação de conhecimento e estratégias para cuidar da melhor forma possível a sua familiar e, desta forma, reduzir o risco de úlceras de pressão e risco de queda. O incentivar, encorajar e esclarecer foram fundamentais para o cuidador, não só para melhorar as funções fisiológicas do seu familiar, mas também para promover a interação entre ambos.

Nesta situação, a intervenção do EEER, medida através de instrumentos aplicados como a de MIF e Escala de Barthel, não originou ganhos em saúde sensíveis, no entanto condicionou uma considerável melhoria na QDV da pessoa alvo de cuidados e melhoria da harmonia dentro do agregado, visíveis nos resultados na EURO-QoL .

De acordo com Hoeman, Lyszner e Alverzo (2011), previamente à implementação de um programa de reabilitação, deve-se conhecer a história de saúde, comorbilidades, intervenções cirúrgicas, dor, alterações da comunicação ou cognição, preocupações, assim como alterações do foro psicossocial, emocional ou cultural, que possam prejudicar a mobilidade da pessoa e na

segurança durante a realização do exercício, por forma a prevenir lesões musculares articulares que sobrevêm de exercitação desadaptada.

A implementação de um plano de EEER neste caso, esteve relacionada com a execução de diferentes tipos de atividades, cujos principais objetivos foram melhorar a resistência, força muscular, controlo postural e/o equilíbrio, por forma a promover o autocuidado e reduzir o risco de queda.

Ainda de acordo com Hoeman, Lyszner e Alverzo (2011), os exercícios de carga não só favorecem o aumento da força e melhoria da estabilidade postural, bem como a capacidade de estar atento, contribuindo para a diminuição do risco de queda e fragilidade do idoso.

Os exercícios realizados essencialmente tiveram como finalidade melhorar a mobilização articular e muscular, realizados maioritariamente com a utente sentada em cadeira de rodas, por forma a melhorar a sua postura corporal e diminuir o risco de queda, além da promoção do levantar da cama, fundamental na prevenção de complicações da imobilidade, no incentivo ao autocuidado e no treino de equilíbrio, essenciais na preparação para o treino de marcha (OE, 2013). Frequentemente para a realização destes exercícios, tive de improvisar dispositivos de apoio, como, por exemplo, o uso de garrafas de água de plástico ou canadiana para a reeducação costal global.

A implementação de exercícios, para aumentar a força muscular dos membros superiores e inferiores, constou da realização de movimentos nos diferentes planos. Cada tipo de exercício constava de séries de 10 repetições, inserindo pausa no intervalo de cada série. Após uma avaliação minuciosa, o número de repetições e séries foi aumentado nas pessoas com maior potencial de reabilitação. Alguns destes exercícios foram realizados com resistência, tendo em conta a capacidade da pessoa idosa, a massa muscular, mas também a finalidade do fortalecimento muscular. De salientar que a maioria dos exercícios dos membros inferiores, eram realizados com a pessoa em pé apoiada à cama.

A mobilização do pescoço também foi tida em conta no plano de mobilizações e relaxamento. Assim como o treino da preensão digital que surgiu em outros casos, devido à dificuldade no abotoar de botões ou na toma da medicação, recorrendo muitas vezes ao uso de molas de roupa para o exercício.



De ressaltar que as amplitudes articulares, foram sempre respeitadas, bem como a presença de dor ou outro tipo de desconforto, no entanto em certas situações também tive a necessidade de implementar exercícios de amplitude, por forma a reduzir contraturas e atrofia muscular, manutenção de tónus e força muscular, assim como a conservação da função, por forma a minimizar problemas associados à mobilidade reduzida (Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011).

Como referido anteriormente tive de adaptar os exercícios às necessidades e desejos da pessoa e às características da sua habitação, de modo a promover a realização dos exercícios de forma autónoma e segura, ao mesmo tempo que encorajava e motivava, intervenções essenciais na adesão e promoção ao programa de reabilitação.

Em contexto domiciliário o papel do(s) cuidador(es) assume grande relevância na continuidade do programa de reabilitação, tendo a minha intervenção incidido no ensino, encorajamento e supervisão na execução de mobilizações ativas/ passivas por forma a garantir a segurança não só da pessoa cuidada, como do seu cuidador. Hoeman, Lyszner e Alverzo (2011) sugerem que a realização de atividades associadas à satisfação das necessidades de autocuidado são momentos úteis para o desenvolvimento de exercícios terapêuticos num ambiente seguro.

Uma delas é a mobilidade no leito, vantajosa na prevenção de úlceras de pressão. Foi essencial encorajar o utente, explicar-lhe a necessidade para a realização da mobilização no leito e treinar para esta também não contribuir para um consumo elevado de energia, que como a OE (2013) sugere, para a mobilização todas as potencialidades da pessoa devem ser utilizadas, realizando-a de forma eficaz e com menor gasto de energia, tanto para a pessoa como para o seu cuidador. O fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores podem ser importantes na mobilização, contribuindo como um agente facilitador, para a diminuição da carga do cuidador. Auto mobilizações como virar e fazer a ponte são úteis na higiene e vestir, tornando-se relevantes na satisfação das necessidades de autocuidado.

O treino de marcha foi sendo realizado de forma gradual, tendo sido essencial criar condições necessárias como: estabelecimento de objetivos realistas, criar condições seguras, eliminar obstáculos, e definir pontos de descanso (OE, 2013).

A educação para a saúde proporciona os conhecimentos e competências para as pessoas gerirem os seus cuidados e controlarem as suas vidas (Habel, 2011).

Como objetivo primordial do meu trabalho, a adesão e GRT (neste caso assumido como o seu processo de reabilitação), foi meu dever essencial como futura EEER providenciar uma educação eficaz, que auxilie a pessoa a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, da forma mais independente possível, corroborado por Habel (2011) quando afirma que o processo educativo tem a finalidade de promover a independência, desenvolver o autocuidado, desenvolver processos adaptativos e prevenir o agravamento da incapacidade.

Porém diversas vezes também fui confrontada com uma barreira relativamente ao programa de reabilitação, a coexistência de quadros depressivos, relacionados sobretudo com o estado de dependência, alteração da imagem corporal, entre outros. Nesse sentido, é extremamente importante gerir as expectativas da pessoa e deixar clara a complexidade neuro motora do desempenho de tarefas aparentemente tão triviais como andar, a qual só pode ser readquirida após atingir um conjunto de objetivos parciais, como a readquisição de força muscular dos membros inferiores e de equilíbrio postural em pé. Do mesmo modo, importa também gerir expectativas no que concerne aos próprios objetivos. Porém Hesbeen (2002) sugere que a reabilitação advém do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis, continuando a haver provavelmente um cabimento para a intervenção do EEER.

Montagnini e Lodhi (2003) sugerem que as intervenções de reabilitação em serviços de cuidados paliativos, são frequentemente ignoradas ou subvalorizadas, apesar da existência de evidência de que as intervenções de reabilitação melhoram a capacidade funcional das pessoas em situação paliativa, da mesma forma, que os cuidados paliativos centram-se sobretudo na proporção de conforto, bem-estar e QDV através do controlo sintomático, sendo que, de entre os sintomas mais frequentes, contam-se a fadiga, a dispneia, a tosse, a obstipação ou a disfagia, nos quais também a reabilitação pode intervir.

Neste âmbito, na ECCI tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas das mais variadas faixas etárias, com doenças oncológicas, doenças

neurológicas degenerativas como a ELA e a demência, nestas últimas o planeamento dos meus cuidados de reabilitação tiveram essencialmente como objetivo prevenir a instalação de espasticidade e complicações da imobilidade. A minha intervenção centrou-se sobretudo na realização de mobilizações passivas e posicionamento em padrão antispástico, assim como na RFR, como forma de manter a permeabilidade das vias aéreas e prevenir infeções respiratórias.

No entanto muitos utentes com que me deparei, principalmente oncológicos, expressavam o desejo de permanecer fisicamente independentes até o final de suas vidas. Executar as tarefas da vida diária e, em especial, manter a mobilidade, são áreas passíveis de intervenção e em que se obtém ganhos significativos na QDV destas pessoas. Além disso, a reabilitação reduz a carga sobre cuidadores e famílias, elevando o nível de satisfação e a funcionalidade e reduzindo a dor e a ansiedade. Ter um conhecimento adequado sobre reabilitação é essencial para a provisão de cuidados abrangentes e holísticos no fim da vida (Javier e Montagnini, 2011 citado por Costa e Costa, 2014).

### **1.2.2- Capacitar a Pessoa com Deficiência**

Ser saudável é frequentemente entendido como ter um corpo que funciona bem, porém esta é uma visão redutora da saúde e do conceito de normalidade que conduz a pressupostos arriscados, podendo associar-se a dependência à perda de autonomia (Hesbeen, 2002). No entanto, apesar da relação entre autonomia e dependência, Cabete (2011) salienta que estes não são o oposto um do outro. Neste sentido, o âmbito da dependência remete para o suporte material, o estado de ser influenciado, controlado ou materialmente suportado por outra pessoa (Cabete, 2011) implicando outra pessoa na realização das atividades diárias. O foco da dependência não é a decisão, mas antes a ação.

Doyal e Gough (1991) e Boyle (2008) referem que a autonomia permite o favorecimento do bem-estar e participação social sendo valorizada como direito e necessidade universal, indicando ainda dois níveis de autonomia: a liberdade

de decisão, ação e a oportunidade de expressão da liberdade de decisão e influência política/ social. Ainda de acordo com os autores, estes consideram essencial fornecer ao indivíduo apoio educacional, emocional e material que permita o enaltecimento da autonomia, caminho este percorrido pelo *empowerment* e seus objetivos.

A Teoria do Autocuidado de Orem, demonstrou ser um ponto fulcral para a abordagem do conceito *empowerment*, definindo o autocuidado como sendo a prática de atividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício por forma a manter a vida, a saúde e o seu bem-estar (Orem, 1995), pressupondo uma tomada de decisão do utente na realização dessa ação.

Para Zeleznik (2007) autocuidado está ligado ao aumento do sentimento de satisfação e de bem-estar na realização de atividades e da sua autonomia na ação. É um conceito centralizador da prática de enfermagem, ao clarificar uma finalidade, como a promoção e restabelecimento da capacidade da pessoa se auto cuidar e pelo poder explicativo de uma ação, de aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação (Queirós *et al.*, 2014).

No desenvolvimento de capacidades e de promoção da saúde, o conceito *empowerment*, demonstra-se como dinamizador para a elevação da autonomia. Visa desenvolver a capacidade do utente em controlar a sua vida, identificando os fatores que influenciam o seu processo saúde/doença, mobilizando os recursos necessários (ou disponíveis), sendo um processo de reconhecimento das próprias necessidades, promoção e manutenção da saúde e desenvolvimento de capacidades (Gibson, 1991), assentando em três pilares: participação, educação e o controlo que o utente tem durante o processo (Ouschan, Sweeney e Johnson, 2000).

Foi também em redor deste conceito de *empowerment* que se baseou a minha atividade em contexto de estágio para atingir o objetivo a que me propus de capacitar a pessoa, promovendo a adesão e gestão do seu regime terapêutico. Informando e envolvendo o cliente no seu processo de saúde/ doença, revestindo-o de poder e promovendo uma interação mais eficiente com os profissionais de saúde, levando-o à obtenção dos resultados esperados (Fest e Anderson, 1995), assim como na compreensão das dimensões do desenvolvimento humano e isolamento de fatores que promovam e regulem esse desenvolvimento nas diferentes fases do ciclo vital, como suscita Petronilho

(2012). Para este autor os requisitos de desenvolvimento possuem dois objetivos chave:

1. “Providenciar condições e promover comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento” (Orem, 2001, p.232 citado por Petronilho, 2012, p.23);;
2. “Providenciar condições e experiências que minimizem ou superem efeitos nocivos no desenvolvimento” (Orem, 2001, p.232 citado por Petronilho, 2012, p.23).

De acordo com autores como Spruit *et al.* (2013) e DGS (2009) a componente educacional de um programa de reabilitação respiratória deve abordar a adesão e a administração correta da medicação, como o caso da inaloterapia.

A adequada GRT medicamentoso permite reduzir o trabalho respiratório, diminuindo a obstrução ao fluxo aéreo e a inflamação das vias aéreas, melhorando a sintomatologia e/ ou as complicações dos doentes (GOLD, 2009; DGS, 2011). A correta GRT não medicamentoso influencia positivamente os efeitos sistêmicos, nomeadamente o descondicional físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular (DGS, 2009; Monninkhof *et al.*, 2003); reduz a dispneia, aumenta a tolerância ao esforço e melhoria da QDV (Magalhães, 2009), diminuindo as exacerbações, consultas e internamentos hospitalares (DGS, 2009; Walters *et al.*, 2010; Warwick *et al.* citado por Stellefson *et al.*, 2012), sendo a educação da pessoa com DPOC fundamental para a promoção do autocuidado: GRT, no âmbito da reabilitação respiratória (DGS, 2011).

Na primeira semana de estágio no serviço de Pneumologia, fui confrontada com inúmeros dispositivos de administração de terapêutica inalatória, sendo esta uma área na qual detinha poucos conhecimentos e que me obrigou a aprofundar o tema. O primeiro ensino que realizei, nomeadamente sobre o “*turbohaler*”, foi de difícil aprendizagem para o utente. Embora na última demonstração de treino que fez antes de ir para casa, estar correta, não me deixou confiante que iria proceder da maneira mais correta no domicílio, por possível esquecimento.

No guião de entrevista que criei e que abordei anteriormente, introduzi a questão sobre qual a terapêutica inalatória realizada, pedindo posteriormente a

exemplificação o que me levou a verificar haver muitos erros na administração por esta via.

Estudos realizados por Moraes, Rocha e Hespanhol (2001), Sotomayor, Vera, Naveas e Sotomayor (2001) e Muchão, Perin, Rodrigues, Leon e Filho (2008), revelam a existência de elevada prevalência de erros realizados pelos doentes e pelos próprios profissionais de saúde, no manuseamento dos dispositivos inalatórios e na execução da técnica de inalação, sendo a complexidade de administração de alguns deles o motivo de abandono e não adesão.

Devido à complexidade de administração de alguma dessa terapêutica, realizei folhetos dos dispositivos mais usuais, com explicação e ilustração da sua administração que foram facultadas aos utentes como reforço do ensino e servir de recordação do procedimento, caso fosse necessário em contexto domiciliário (Apêndice III). Elaborei também várias *checklist* (Apêndice II) para administração dos vários dispositivos de inaladores, as quais eram aplicadas previamente e posteriormente à realização de ensino/ educação, as quais demonstraram resultados muito positivos.

Como referido anteriormente era uma área da qual possuía pouco conhecimento, pelo que como Barreto, Froes, Pinto e Cravo (2000) sugere, o próprio profissional de saúde deve estar familiarizado com o uso correto dos dispositivos inalatórios para poder ensinar e corrigir de forma adequada a técnica inalatória nos doentes com doenças respiratórias, ou seja, para que a terapêutica inalatória seja uma terapêutica eficaz, é necessário que todos os profissionais de saúde responsáveis por doentes com patologia respiratória, tenham um conhecimento correto sobre a terapêutica inalatória em questão e sobre a técnica correta da administração da mesma. Durante o período de estágio realizado na ECCI esta foi uma questão que surgiu e a qual a equipe também referiu sentir dificuldades, pelo que foi realizada uma sessão formativa informal e disponibilizadas as *checklist* e folhetos realizados para o efeito.

Reportando-me para um outro caso, especial para mim em termos da minha intervenção e resultados obtidos, com uma utente na sua capacitação, adesão e promoção para o autocuidado.

Decorria o estágio na ECCI, uma utente foi referenciada pelo hospital por necessidade de manutenção de reabilitação, por se encontrar acamada e dependente nas AVD após cirurgia de artroplastia total da anca esquerda.

O primeiro encontro decorreu durante uma visita domiciliária (VD) à sua residência. Possuía um grande apoio familiar demonstrado em particular pela sua sogra e filha, no entanto todas demonstravam-se exasperadas com a situação da Sr.<sup>a</sup> M., sem saberem o que fazer e como ajudarem. A utente encontrava-se restrita ao leito, referia depender das suas cuidadoras até para se mobilizar no leito referindo “não se sentir capaz, nem saber como o fazer”. Encontrava-se num estado de desespero, convicta que nunca mais iria conseguir voltar a andar, uma vez que possuía uma dismetria a nível do membro inferior direito (MID), resultado de uma coxartrose, da qual já aguardava cirurgia, sendo a causa de uma queda que resultou na fratura do outro membro.

Prochaska e Diclemente citados por Machado (2009) criaram um modelo que pretende explicar relações entre o pensamento e o comportamento relativamente às questões afetas à saúde e à doença, defendendo que ao compreender as suas crenças, valores e atitudes, é possível planear uma intervenção mais eficaz. Constituído por cinco estádios: o estádio ou fase de pré-contemplação; contemplação; preparação; fase de ação e manutenção. De acordo com Machado (2009) na primeira e segunda fase, é importante a informação e a sensibilização de forma a criar necessidade e disposição para a mudança. Na fase de preparação e ação é importante dar informações precisas acerca do que mudar e como mudar, indicando estratégias que facilitem a adoção do comportamento desejado e proporcionando um acompanhamento personalizado e individualizado. Na fase de manutenção o acompanhamento será mais espaçado, uma vez que a pessoa já será capaz de manter ao longo do tempo o comportamento desejado.

Após escutar o desespero da utente, por momentos eu própria me senti a exasperar e a pensar de que forma ia conseguir a ajudar. Fui percebendo que estava muito pouco ou nada informada pelo que, de acordo com as primeiras fases do modelo, foi necessário informá-la e sensibilizá-la. Demonstrava preocupação por não saber como realizar carga no membro inferior esquerdo (MIE) se o outro membro era mais curto, desconhecia a existência de ortóteses, como compensações de altura ou sapatos ortopédicos com compensação,

aliviando de imediato a pressão do seu rosto ao conhecer estas opções, afinal nem tudo estava perdido. Foi facultada à filha informação sobre casas ortopédicas que realizavam visitas domiciliárias para adaptação de dispositivos de ajuda, que prontamente no dia seguinte a visitaram e realizaram medidas para efetuarem a encomenda de um sapato ajustado à sua dismetria (embora esse sapato não estivesse pronto até ao fim da nossa intervenção).

A promoção precoce de independência da pessoa idosa é essencial para o sucesso de um programa de reabilitação, mas é necessário um acompanhamento ajustado às necessidades individuais e familiares (RNCCI, 2007). Pereira (2010) acrescenta que, os familiares têm um papel fundamental na prestação de cuidados e na tomada de decisões, de modo a desenvolver competências para enfrentar a situação de doença/dependência, necessitando de acompanhamento e informação por parte dos profissionais de saúde.

A observação da(s) cuidador(as) durante a prestação de cuidados à utente foi fundamental por forma a conhecer as suas mais-valias, mas também as suas limitações. O envolvimento da filha e sogra no planeamento e implementação de intervenções, foi de extrema importância, tendo-lhes sido proporcionados alguns instrumentos não só para uma prestação de cuidados apropriada à sua familiar, mas também como reforço e incentivo num programa de reabilitação contínuo mesmo sem a presença do EEER (sendo que a VD só se proporcionava três vezes por semana). Segundo Fairhall *et al.* (2014) o envolvimento da família no cuidado da pessoa idosa e a realização das intervenções no domicílio da pessoa, são dois dos fatores que produzem uma melhoria na adesão ao plano de intervenções implementado pelo EEER.

O estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança com o utente e família foi muito marcante no desenvolvimento das atividades propostas para este estágio.

A aplicação da Medical Research Council Motor Scale no primeiro encontro com esta utente, foi o ponto de partida para a minha intervenção (apêndice VII), por forma a conhecer a força muscular que a utente possuía principalmente a nível dos membros inferiores.

A implementação das minhas intervenções como EEER para a promoção do regime terapêutico a esta utente envolviam a execução de diversos tipos de atividades, cujos principais objetivos foram melhorar a força muscular,



resistência, controlo postural e/ ou equilíbrio por forma a promover o autocuidado e reduzir o risco de quedas.

Num primeiro momento uma das primeiras intervenções foi a mobilidade no leito, que por receio e falta de conhecimento verbalizado e demonstrado, dependia até então da ajuda total das suas cuidadoras. Foi encorajada para a realização da mesma, mas também treinada, por forma a não representar um consumo elevado de energia.

O fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores pode ser importante na mobilização, constituindo um agente facilitador, pois diminui a carga para o cuidador, começando numa primeira fase com mobilizações passivas nos membros inferiores, progredindo para ativas.

Auto mobilizações como virar e fazer a ponte foram úteis na higiene e vestir, tornando-se relevantes na satisfação das necessidades de autocuidado. As auto mobilizações no leito numa primeira fase foram intervenções que necessitaram de um grande envolvimento da(s) cuidador(as), cabendo-me o papel de incentivar, encorajar, ensinar e supervisionar,

Posteriormente o levante, primeiro sentada na beira da cama e posteriormente apoiada num andarilho, considerando que este não é somente importante na prevenção de complicações da imobilidade, mas também no incentivo ao autocuidado e no treino de equilíbrio, fatores determinantes na preparação para o treino de marcha (OE, 2013).

A realização de transferências da cama para a cadeira, proporcionaram a saída do leito, inclusivamente para ausentar-se do seu domicílio, tendo a minha intervenção enquanto EEER constado na instrução, treino, encorajamento e supervisão da pessoa/ cuidador durante a execução desta técnica.

O treino de marcha foi introduzido progressivamente, tendo sido essencial criar condições de segurança com a eliminação de obstáculos (como os tapetes) e definição de pontos de descanso, conforme sugerido pela OE (2013).

O auxiliar de marcha aplicado foi o andarilho, o que implicou treino de fortalecimento dos membros superiores. O andarilho auxiliou também na redução da carga nos MI, melhorando consequentemente o seu equilíbrio (que já estava em deficit pela dismetria), beneficiando de uma maior estabilidade durante a marcha e na redução da dor sentida (OE, 2013).

As intervenções do EEER no treino de marcha estão relacionadas com instruir e treinar a marcha, mas também assistir e supervisionar a sua execução em segurança (OE, 2013), a par do reforço de ensino de administração de terapêutica analgésica, por possível dor no MID com alterações ósseas devido ao aumento da carga e esforço realizado.

Para a auxiliar no seu processo de reabilitação nos momentos em que o EEER não estava presente, elaborei um folheto com indicações de cuidados a ter e exercícios a realizar, esquema que cumpria criteriosamente todos os dias (apêndice V). Neste caso foi importante a educação para a saúde como Habel (2011) corrobora ao inferir que proporciona conhecimentos e competências para as pessoas gerirem os seus cuidados e controlarem as suas vidas. O apoio emocional e reforço positivo não foram menos relevantes. Esta utente era extremamente empenhada no seu processo de reabilitação, no entanto tinha pouco confiança em si mesma. Nunca esquecerei o movimento de flexão de articulação coxofemoral, no qual procedia sempre ao acompanhamento do movimento com as minhas mãos. Na primeira VD apenas apresentava contração muscular e ao fim da segunda semana, apresentou uma amplitude de 40° à qual a utente me referiu posteriormente “menina agora tire as mãos e deixe-me fazer sozinha”, pensando que estava a realizar a um movimento passivo, tendo-lhe afirmado que o estava a realizar sozinha, demonstrando espanto e incredulidade, não acreditava que havia conseguido (“afinal não estava tudo perdido”, como tinha referido na primeira VD).

Foi muito satisfatório verificar que em três semanas de intervenção, ressaltando a motivação que a utente foi adquirindo na progressiva adesão ao seu regime terapêutico (processo de reabilitação), passou de uma situação de incapacidade de mobilizar-se no leito, para a sua independência domiciliária.

Não menos significativa foi o estabelecimento da relação de ajuda não só com a utente, mas com as suas cuidadoras, que de acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995) consistiram em sete elementos:

- Estabelecimento de objetivos realistas, evitando a desilusão e o sentimento de fracasso;
- Avaliação de perdas sensoriais, adaptando as estratégias de forma a ultrapassar as dificuldades que estas perdas possam provocar;
- Prestação de uma atenção particular aos problemas físicos;

- Observação do comportamento não-verbal, utilizando a escuta ativa e desenvolvendo as competências de observação;
- Comunicação de qualidade elevada e *feedback*, aproveitando o desenvolvimento das competências comunicacionais adquiridas durante o percurso profissional;
- Ter atenção às dimensões específicas de tempo e duração;
- Demonstração de calor humano e facilitação da proximidade física, tendo estes dois fatores sido importantes na redução da ansiedade da utente, para tal ferramentas como empatia, afetividade e diálogo, foram igualmente importantes para o estabelecimento da relação de ajuda.

Para Mayo, Wood-Dauphinee e Cote (2000) citado por Lutz e Davis (2011, p. 25) “a reabilitação domiciliária promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade”.

A VD serviu como momento privilegiado na avaliação da pessoa desde o primeiro instante, revelando-se útil na obtenção de conhecimentos sobre as condições habitacionais, na identificação de barreiras arquitetónicas existentes, identificação de dispositivos de apoio que poderiam melhorar o desempenho da pessoa na realização das suas AVD, observação das condições de higiene e saneamento, assim como a observação do desempenho do cuidador durante a sua prestação de cuidados.

A educação para a saúde não foi apenas realizada para a utente em questão e cuidadoras, mas também aos profissionais integrantes da equipa prestadora de cuidados. O estágio na ECCI ofereceu a oportunidade de realizar educação para a saúde também a equipas prestadoras de cuidados, nomeadamente da equipa de apoio domiciliário da Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que prestava apoio a esta utente. Além destes serviços oferecem ainda a possibilidade de empréstimo de recursos materiais, como cadeira de rodas e dispositivos de adaptação na casa de banho como o alteador de sanita, barra de apoio e banco para o chuveiro. Facilitando desta forma, as minhas intervenções de EEER no domicílio e com impacto muito positivo no sucesso do plano de reabilitação, a fim de se tornar mais autónoma. Como Habel (2011) sugere, o EEER tem o dever essencial de providenciar uma educação eficaz, que ajude a pessoa a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, da forma mais independente

possível. O processo educativo tem a finalidade de promover a independência, desenvolver o autocuidado, desenvolver processos adaptativos e prevenir o agravamento da incapacidade. Tendo sido o que procurei sempre fazer não só com esta utente, mas com todos.

O enfermeiro deve adaptar-se ao domicílio, às suas normas, aos seus recursos, mas também deve adaptar-se às capacidades de aprendizagem dos cuidadores (Duarte, 2010).

Através da VD consegui tomar consciência das condições penosas e de grande fragilidade que algumas pessoas vivem. Considerava impensável a existência de pessoas a viver em condições habitacionais tão degradadas, em alguns casos, casas húmidas, frias e sem condições de higiene. Idosos a cuidarem de outros idosos, sem outros familiares implicados, com situações económicas que não possibilitam a melhoria das condições habitacionais. No entanto em muitos casos com o pouco que têm, muito conseguem fazer. Profissionalmente fiquei mais sensibilizada pelas condições sociais e habitacionais das pessoas para a preparação da alta, tentando perceber se as mesmas têm condições nos seus domicílios e se necessitam de algum apoio/ajuda.

Em contexto domiciliário apercebi-me que a reabilitação só trará resultados positivos se fizer sentido para a pessoa/ família.

Num caso em concreto, como em tantos outros, tive oportunidade de seguir um utente que já estava a ser acompanhado há cerca de ano meio pela equipe da ECCL. Um Sr. com cerca de 50 anos que há cerca de 5 anos havia sofrido um extenso AVC isquémico no hemisfério direito, que o havia deixado com sequelas profundas não só a nível da sua funcionalidade, mas também a nível cognitivo. Ao longo desses cinco anos, esteve três meses a realizar reabilitação na unidade em Alcoitão e posteriormente três anos institucionalizado em um lar. Há cerca de dois anos a pedido do mesmo e por desejo da esposa regressou ao domicílio, desde então acompanhado pela equipe de ECCL. Residiam num terceiro andar sem elevador, financeiramente tiveram a possibilidade de colocar um elevador para cadeira de rodas nas escadas, sendo necessário ressaltar que no acesso à entrada do seu prédio existiam 3 degraus.

Por limitação de recursos da equipe de reabilitação da ECCL, diversas vezes foi proposta a ajuda e o seguimento em clínica de reabilitação, que traria

mais benefícios para o próprio utente ao invés de mobilizações maioritariamente passivas e treino de marcha com tripé(apresentando marcha tipo espástica com grande desequilíbrio). No entanto esta ideia sempre foi rejeitada pela família, devido a conflito entre os seus membros.

Em termos de reabilitação a equipe sentia uma enorme frustração por não estar a conseguir resultados benéficos para o utente. Após conversação com o mesmo e com uma das cuidadoras, constatou-se que o utente já não saia do seu domicílio há cerca de um ano por a sua familiar começar apresentar queixas álgicas a nível dorso lombar por ter de transportar a cadeira de rodas e descer/subir com ela à entrada do prédio.

Era importante para a família, mas acima de tudo para o próprio utente, poder sair do seu domicílio, o qual apresentava uma barreira na acessibilidade e não tinham condições financeiras para a construção de uma rampa de acesso ao seu prédio.

Segundo o Jornal Oficial da União Europeia (2014, p.C117 / 15), a acessibilidade alberga várias dimensões, constituindo-seum direito humano em si mesmo e, por conseguinte, com a sua plena implementação deve levar à criação das condições necessárias para, através de medidas jurídicas e políticas, proporcionar às pessoas com deficiência acesso a todos os tipos de ambientes e fruição de todos os aspetos da vida. Isto é indispensável para o pleno gozo dos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais. A acessibilidade traz benefícios a toda a sociedade.

No entanto era lhe negado o acesso ao seu próprio edifício. Foi essencial pesquisar e procurar recursos disponíveis existentes na comunidade. Após trabalho de equipe multidisciplinar, e respetiva Junta de Freguesia, no fim do estágio iria iniciar-se a construção de uma rampa de acesso ao prédio para que o utente pudesse ter o seu desejo de sair de casa finalmente satisfeito, bem como o desejo demonstrado pela família.

A principal vantagem da reabilitação no domicílio é a de facilitar a avaliação e intervenção no verdadeiro ambiente da pessoa, tornando mais fácil a compreensão e a transposição de orientações feitas durante a reabilitação para a sua vida prática do dia-a-dia, promovendo assim um processo centrado na pessoa e de acordo com o que ela quer e necessita. Ou seja, em contexto domiciliar ajusta-se os meios disponíveis e já conhecidos da pessoa à sua nova

necessidade e identidade, aumentando a sua compreensão e a dos seus familiares, a sua autonomia e independência, promovendo assim a sua participação ativa no seio familiar e na comunidade e, conseqüentemente, a reintegração social e o seu exercício pleno da cidadania.

### **1.2.3- Maximizar a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa**

Por forma a simplificar a descrição e análise das intervenções desenvolvidas no âmbito desta competência, optei por expor duas atividades específicas: o plano de intervenção realizado com um utente no serviço de Pneumologia e na preparação do seu regresso ao domicílio, bem como o trabalho realizado com uma idosa acompanhada pela equipe da ECCI que apresentava alterações da marcha associadas a degenerescência senil e síndrome pós-queda.

Na sua teoria Dorothea Orem refere a existência de requisitos de autocuidado no desvio de saúde :

1. “Procurar e garantir assistência médica adequada nos eventos de exposição a agentes específicos (físicos ou biológicos) ou condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos ou quando resulta de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas conhecidas” (Orem citado por Petronilho, 2012, p.23);
2. “Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos” (Orem citado por Petronilho, 2012, p.23);
3. “Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas”; (Orem citado por Petronilho, 2012, p.23);
4. “Estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos do desenvolvimento” (Orem citado por Petronilho, 2012, p.23);
5. “Modificar o autoconceito (e a autoimagem) em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde” (Orem citado por Petronilho, 2012, p.23);

6. “Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal” (Orem citado por Petronilho, 2012, p.23) .

Tendo em conta estes requisitos, importa fornecer acompanhamento adequado à pessoa, neste caso com patologia respiratória, e garantir que a intervenção é realizada de forma personalizada e adequada às características individuais da pessoa, sendo que o acompanhamento médico, a reabilitação funcional respiratória (programa de treino, ensino, aconselhamento nutricional...), e até mesmo o internamento em caso de exacerbação são exemplos de algumas ações a empreender.

Enquanto profissional treinado para intervenção junto da pessoa com exigência de cuidados no âmbito do autocuidado e com DPOC, o EEER encontra-se ciente das especificidades de cada fase da doença e deve adequar a sua intervenção neste sentido. Sendo ainda de salientar, a importante intervenção que este profissional desempenha na prescrição de programas de reabilitação com o objetivo de ajudar a pessoa a recuperar/ atingir o seu máximo potencial após um evento de doença. Com o tema de projeto/relatório a promoção e adesão ao regime terapêutico, assente na importância da formação e educação da pessoa como contributo para a satisfação do seu autocuidado, ao longo do meu percurso formativo deparei-me com inúmeras situações que se enquadravam no sistema apoio-educação dos sistemas de enfermagem no âmbito da Teoria de Orem, na qual a pessoa necessita de ensino e supervisão para desenvolver novas competências com o intuito de se adaptar à nova realidade em que vive. Assim, no sentido de contornar a sintomatologia que se torna presente diariamente, tive necessidade de ensinar e treinar estratégias que permitiriam a realização de um autocuidado relativamente autónomo.

A doença respiratória, como o caso da DPOC, devido às limitações fisiopatológicas de intolerância ao exercício, pode originar isolamento social. Reportando para um caso em concreto no decorrer do estágio no serviço de Pneumologia, um utente idoso ao qual iria ser dada alta clínica brevemente, foi requerida uma prova de marcha de 6 minutos por possível necessidade de OLD no domicílio. Previamente à sua realização constatei que durante a marcha o utente possuía uma passada rápida ao mesmo tempo que se mantinha sempre

em conversação, denotando-se um cansaço observável pelo aumento da FR e recurso a músculos acessórios da respiração, bem como na oximetria periférica que decrescia para valores de 87%. Foi essencial o reconhecimento, treino e ensino das técnicas de conservação de energia. Como este utente não reconhecia o cansaço demonstrado na marcha em terreno plano, foi importante o recurso a oximetria portátil por forma a consciencializar a necessidade de mudança de hábitos e por forma a comparar o antes e o depois dos ensinamentos e técnicas por mim propostas.

Com a alta médica a aproximar-se foi importante realizar treino de escadas. O utente vivia num terceiro andar de um edifício sem elevador. O cansaço e dispneia sentidos foram imediatos e reconhecidos, emergindo instantaneamente a preocupação em como iria sair de casa. Passada mais lenta, apoio ao corrimão, momentos de pausa e a expiração com os lábios semicerrados, foram algumas das estratégias utilizadas, compensadas no dia de alta com a capacidade de subir e descer seis lanços de escadas a manter SpO2 superior a 94% e na prova de marcha 6 minutos sem necessidade de OLD.

A intolerância ao esforço em termos clínicos, consiste na incapacidade de uma pessoa completar com sucesso uma determinada tarefa (apesar de ter sido capaz de a realizar no passado) (ERS, 2010), habitualmente tolerável para pessoas sedentárias e sem patologias associadas (Palange *et al.*, 2007). Os mecanismos de intolerância ao esforço podem incluir limitações no aporte sistémico de oxigénio por questões cardiovasculares, limitações ventilatórias, deficiente controlo ventilatório, alterações nas trocas gasosas pulmonares, disfunções do metabolismo muscular, descondicionamento físico por sedentarismo, perceção excessiva dos sintomas e pouca colaboração na prestação do esforço (Spruit *et al.*, 2013; Palange *et al.*, 2007).

O plano de intervenção que elaborei para este utente, tinha como principal finalidade o aumento de tolerância ao esforço, consistindo:

- No reconhecimento de dispneia, no qual o utente aprendeu a reconhecer e a discriminar os diferentes estímulos, atribuindo-lhes um valor de acordo com a Escala de Borg (Carpenito-Moyet *et al.*, citado por Sakano e Yoshitome, 2007; DGS, 2009). Em caso de futuras crises de dispneia foram treinadas posições de descanso como a “posição de cocheiro”. A esta posição foi associada a



técnica de dissociação dos tempos respiratórios (Lynes, 2007), tendo sido facultado um folheto com a respetiva informação.

- No controlo do ritmo das AVD e na realização das quais são ensinadas e treinadas posições de descanso e técnicas de conservação de energia (Velloso e Jardim, 2006) (p. ex., ao lavar os dentes, a cara ou a calçar-se deve adotar a posição de sentado)
- Na realização da respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados (Spruit, et al., 2013; Blasio e Polverino, 2012; DGS, 2009; Rodrigues, 2004), exercício este que constava entre 10 a 15 repetições.
- Na realização da reeducação costal da porção superior, inferior bilateral, posterior, em que se solicitou à pessoa que inspirasse profundamente, tendo como referência o local onde eu colocava a mão, sendo que na fase expiratória se aplicava uma ligeira assistência (Kisner e Colby, 2005 citado por Cordeiro, Menoita e Mateus, 2012), acompanhando o movimento do tórax. A inspiração profunda tem o objetivo de mobilizar as secreções de modo a facilitar a limpeza das vias aéreas (Hoeman, 2002) (de ressaltar que este utente não evidenciava a presença de secreções) Realizava-se 10 a 15 repetições em cada.
- Na realização da reeducação costal global, realizada com o auxílio de um bastão, permitindo melhorar a distribuição e ventilação alveolar (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal e Maia, s.d.).
- Na expiração forçada e tosse dirigida para realizar a higiene brônquica diária (Presto e Damázio, 2009)

Como estudos recentes demonstram que o motivo de interrupção ao esforço não é principalmente a dispneia isolada, mas a fadiga muscular, seguindo-se a fadiga muscular com dispneia associada (ERS, 2010 citado por Santos, 2011), o treino de exercício físico tornou-se uma componente essencial da reabilitação respiratória, pois como Pamplona e Moraes (2007) consideram, a realização de exercício físico é o método mais eficaz para aliviar a dispneia, melhorar a tolerância ao exercício e melhorar a QDV.

A ATS (2004) refere que existem duas modalidades de treino fundamentais a integrar no programa de RR, o treino de endurance (ou aeróbico) e o treino de força (ou *resistance*).

No treino de endurance foi utilizada uma pedaleira, que realizava ao seu ritmo cerca de 15 minutos por dia consoante a sua tolerância. Relativamente ao treino de força era realizado a nível dos membros superiores, recorrendo a sacos de soro fisiológico 1000ml, 5 a 10 repetições consoante tolerância. Conforme estudos sugerem o treino de esforço não foi de alta intensidade devido a tolerância do utente, pelo que como Spruit *et al.* (2013) sugerem, em situações em que a pessoa não tolere os exercícios de moderada intensidade, o treino de baixa intensidade é considerado suficiente para provocar alguns efeitos fisiológicos.

O utente e sua família desconheciam a sua patologia, era a primeira vez que se encontrava internado, pelo que a componente educacional foi de extrema relevância e abrangeu diversos momentos aspetos relacionados com a fisiopatologia, comorbilidades, e a realização de exercício físico (o utente não era fumador, pelo que não surgiu a necessidade do tema de evitação tabágica). Igualmente importante, foi dar a conhecer à pessoa e família quais os sinais e sintomas da agudização da doença para uma gestão mais eficaz da mesma (GOLD, 2007). Aspetos relacionados com a GRT medicamentoso também surgiu especialmente no que concerne a farmacoterapia (oral e inalatória) (Lacasse *et al.*, 1996 citados por Barakat, Michele, George, Nicole e Guy, 2008), tendo sido realizados respetivos ensinamentos e facultados folhetos da inaloterapia.

Na intervenção nutricional à pessoa com DPOC deve-se estar atento quer à perda de peso quer ao seu excesso, uma vez que ambas as situações aumentam o risco de morbimortalidade. Normalmente a perda de peso acompanha-se de perda de massa muscular, provocando uma diminuição na elasticidade e função pulmonar (ATS, 2004), bem como uma diminuição da força, resistência e aumento da fadiga (Sivori *et al.*, 2008), dificultando assim o controlo da respiração. Importa ainda realçar que de acordo com Fernandes & Bezerra (2006) a desnutrição aumenta a suscetibilidade a infeções pulmonares. Neste sentido, um suporte educacional na pessoa com DPOC é importante, uma vez que irá reduzir a morbimortalidade da doença tal como corroborado no estudo realizado por Rodrigues, Viegas e Lima (2002).

Neste caso não foi necessário recorrer a aporte suplementar de O<sub>2</sub> para a realização dos exercícios, no entanto noutras situações, foi utilizado, conforme o recomendado pela DGS (2009) e António (2010), por forma a aumentar

significativamente a capacidade de exercício e reduzir os efeitos adversos, em casos de pessoas com hipoxemia em repouso ou induzida pelo exercício.

Para Meleis e Trangenstein, citados por Abreu (2011), o enfermeiro cuida da pessoa, integrada num contexto de sociocultural, que está em fase de transição (ou antecipando-a), com a intenção de promover a sua saúde e/ou bem-estar através de um conjunto de ações. A crença de que os seres humanos estão em permanente comunicação e intercâmbio entre eles e o ambiente que integram para garantirem a sua sobrevivência é uma crença subjacente à teoria de Orem (McEwen e Wills, 2009 citado por Queirós, 2014). Para ela, o funcionamento humano integrado inclui aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, acreditando que o ser humano se distingue dos outros pelo seu potencial para a aprendizagem e desenvolvimento (Tomey e Alligood, 2002).

Considero que estabeleci um plano individualizado, que com recurso ao guião de entrevista que construí, verifiquei a importância de a sua casa não possuir elevador, preparando-o para a alta e assim capacitando-o para o uso de escadas, evitando a médio/longo prazo um possível confinamento à sua residência e como consequência isolamento social, depressão. Desta forma e como Hoeman (2000) sugere reconheci as capacidades e limitações do cliente e adaptei o nível de exigência, encorajando sem pressionar, fui paciente e repeti as instruções e procedimentos tantas vezes quantas necessário, sendo flexível às sugestões do próprio utente e tentar métodos diferentes sempre que necessário, dominando a técnica antes de a ensinar e tentar assegurar que seja praticada da mesma forma por todos os profissionais,

A segunda situação refere-se a uma história com contornos muito comuns nos mais diversos contextos de prestação de cuidados. Trata-se da história de uma idosa que após a viuvez passou a viver só. O seu único filho residia longe de si, começou por se isolar socialmente e consequentemente a sofrer uma degradação do seu arranjo pessoal bem como da sua casa, começando a sofrer múltiplas quedas. Durante o meu estágio na ECCI foi referenciada para a equipa pela assistente social da USF onde era seguida, com o objetivo de melhorar o seu status funcional e posteriormente ser integrada numa unidade de cuidados continuados de reabilitação ou institucionalizada numa residência assistida ou

lar. Porém estas últimas opções não eram do seu desejo. A sua meta era conseguir alcançar a máxima independência dentro do seu próprio domicílio.

Na primeira visita domiciliária constatou-se que ainda mantinha a sua independência na realização das AVD, no entanto persistiam alterações a nível da marcha, com profundo medo de cair especialmente nas duas escadas que tinha na saída da porta da sua casa para acesso ao seu jardim. Obesa, possuía também cansaço a médios esforços.

A sua marcha possuía uma base alargada, dando passos curtos, arrastando os pés e com discreta flexão dos joelhos. Deambulava sem dispositivo auxiliar de marcha, no entanto sempre que podia segurava um apoio como mobília, cadeira, etc.

De acordo com Graf (2006), uma das consequências do envelhecimento é a diminuição da força muscular e consequente limitação funcional. A flexibilidade e o equilíbrio degradam-se e aumenta o tempo de reação, fatores intrínsecos apontados para o maior risco de queda na população idosa.

De acordo com Vellas *et al.* (2006) com o envelhecimento, o centro de gravidade modifica-se, assim como a coordenação, reflexos, equilíbrio, força, flexibilidade, entre outros problemas musculo esqueléticos que são gerados pela imobilidade e desuso, bem como múltiplas patologias que produzem debilidade muscular e também provocam alteração da marcha.

Assim de acordo com os mesmos autores para compensar o desequilíbrio, os idosos deambulam em passos pequenos a que apelidam “Marcha de pato”, com postura mais inclinada e arrastando os pés, por vezes com importante flexão dos cotovelos e diminuição da oscilação dos membros superiores.

Santos (1998) refere que as quedas na população idosa representam um fator de relevância na perda de autonomia dos idosos e diminuição da funcionalidade, uma vez que após uma queda, habitualmente desenvolve-se o medo de voltar a cair, limitando as suas atividades e saídas, promovendo a imobilidade e isolamento social.

A alteração de força muscular nos idosos afeta principalmente a musculatura dos membros inferiores, o que influenciará a realização das AVD (Nakano, 2007). Assim sendo, este facto explica a razão da maioria das quedas nos idosos estarem relacionados com alterações da marcha. Rekeneire *et al.* (2003) considera que a atividade física é uma intervenção relevante que poderá

reduzir o risco de queda, na medida em que irá prevenir ou minimizar as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, reduzindo a sua incidência e gravidade, melhorando naturalmente a sua QDV.

De acordo com Terra (2007) os objetivos gerais do exercício físico na prevenção de quedas e/ ou recidivas são a manutenção, desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias de equilíbrio e marcha mais adequados, assim como o fortalecimento dos músculos dos MI, melhoramento da amplitude de movimento articular, aumento da flexibilidade muscular, desenvolvimento da coordenação e destreza dos movimentos, o melhoramento da função cardio respiratória, redução e se possível a erradicação do medo de cair, aperfeiçoar a autonomia e independência e por último a identificação de riscos e construção de orientações para maior segurança.

A implementação de um programa de reabilitação, orientado de forma individualizada, com o objetivo de melhorar o equilíbrio e a força muscular, reduz o risco de quedas, inclusive nos idosos mais fragilizados (Cumming *et al*, 2007). Neste sentido, a atuação dos profissionais de saúde, em particular os EEER, no âmbito da prevenção das quedas, podem constituir um contributo de peso, dando a esta população a oportunidade de terem uma vida mais independente e com maior longevidade.

O plano estabelecido para esta idosa foi baseado nas recomendações do NIA (2009), passando pela realização de exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio. Os exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores foram realizados ao fundo da cama ou atrás de uma cadeira, apoiando as mãos, à largura dos ombros e mantendo os pés afastados, alinhados com a anca. Foi instruída a manter o tronco alinhado e a manter a direção do olhar para a frente. Para a realização de cada exercício realizava entre 10 a 15 repetições bilateralmente: flexão do joelho, flexão coxofemoral, hiperextensão coxofemoral e abdução do membro inferior. Para o fortalecimento muscular abdominal foi instruída a se levantar de uma cadeira sem apoio das mãos, realizando cerca de 10 repetições.

O treino de equilíbrio ortostático constou na alternância de carga entre os pés na posição de pé, afastados e alinhados com a anca e caminhando em linha reta em terreno plano, com passos curtos de maneira que o calcanhar do pé que executou o passo tocasse nos dedos do pé de apoio. Posteriormente realizava-

se o treino de marcha com um aumento gradual da distância e de acordo com a tolerância da utente.

Foi incentivada a manter a cabeça e ombros erguidos, olhar para o horizonte, a manter a musculatura abdominal e nadequeira contraídas e flexão dos joelhos e tibiotársicas ao caminhar, por forma a dar ênfase na manutenção do alinhamento corporal e correção da postura.

Como referido anteriormente um dos grandes receios que esta utente possuía era cair das escadas à entrada de sua casa. Como evidenciava cansaço no treino de escadas, além de reforçar a importância de segurar-se no pequeno corrimão que possuía, foi igualmente importante a gestão do esforço, proporcionando momentos de descanso na atividade e ensino da coordenação da respiração ao longo do exercício, inspirar em repouso e expirar no movimento que exige mais esforço, como a subir.

Esta utente possuía uma canadiana que o seu filho havia comprado, no entanto não fazia uso dela, tendo sido realizado o treino do uso correto da mesma. Era esquerdina, pelo que foi incentivada a usar o dispositivo à esquerda e apoiar a sua extremidade a cerca de 15cm da face externa do pé esquerdo e em seguida o treino de marcha com a mesma, avançar com a canadiana cerca de 10-15cm para a frente, avançar com a perna direita, sendo o peso suportado pelo outro membro e pela canadiana e por último avançar o pé esquerdo (Hoeman, 2000).

## **2- AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO**

As aprendizagens e a riqueza das experiências que vivenciei, excedem o que comporta o presente relatório.

A realização do projeto que perspectivava a intervenção do EEER na promoção e adesão da GRT na pessoa com DPOC, foi essencial para a elaboração deste relatório. Porém o que parecia uma limitação à partida (a falta de contacto com pessoas portadoras de DPOC), permitiu que alargasse o tema da promoção da adesão e GRT a todos os utentes com quem tive oportunidade de trabalhar.

Os estágios realizados e a elaboração deste relatório, permitiram-me investigar e desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação orientada para a promoção e GRT. Através destes foi possível identificar a problemática em causa, no âmbito do planeamento da alta da pessoa, identificar intervenções do enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado e o desenvolvimento de estratégias de melhoria relacionadas com o processo de planeamento da alta e da promoção do autocuidado. Deste modo, foi possível planear a alta e a educação da pessoa para o autocuidado GRT, desde a admissão e assegurar a continuidade dos cuidados após o regresso a casa, por forma a capacitar e maximizar progressivamente a capacidade da pessoa para melhor controlar a evolução da sua própria doença/condição de saúde.

Foi um trabalho gratificante que decorreu de uma realidade vivida, segundo o interesse e escolha pessoal, que mobilizou e integrou as aprendizagens decorrentes das diferentes unidades curriculares, da evidência científica mais recente, o que me permitiu ligar a educação aos objetivos a que me tinha proposto com o projeto de estágio, constituindo-se como a ponte entre a teoria e prática.

O conceito autocuidado tão referenciado na reabilitação, é frequentemente reduzido ao binómio independência/dependência, e promovido na certeza que o conceito de independência se encontra associado a uma maior participação laboral, social e a uma diminuição de custos económicos. No entanto autocuidado, abrange também um conjunto de comportamentos de adesão ou não adesão ao regime terapêutico, assumindo particular pertinência no âmbito da doença crónica e dos quais dependem múltiplos fatores.

O plano inicialmente elaborado observava uma dimensão fortemente relacionada com a promoção da saúde, a qual, apesar de se constituir como uma área de intervenção de qualquer enfermeiro generalista, assume-se como um eixo fundamental na abordagem à pessoa e serve fielmente o propósito de promover as capacidades adaptativas dos indivíduos, inerente à reabilitação.

Como tal, a avaliação do conhecimento e expectativas da pessoa relativamente à sua doença e a forma como esta influencia a sua vida são basilares no sentido de perceber em que medida a adesão ao regime terapêutico se pode ou não constituir como um problema. Tal abordagem personalizada implica não só um conhecimento da pessoa, que requer investimento, como um compromisso com o objetivo de contribuir para a sua capacitação e responsabilização, tornando-a uma especialista na gestão da sua doença crónica.

A capacitação para o autocuidado foi promovida progressivamente desde a admissão com o envolvimento do cuidador e equipe. Nomeadamente no serviço de Pneumologia a programação para a alta foi realizada pelo médico responsável, pelo EEER e equipe de enfermagem, de acordo com a preparação do utente e/ou cuidador.

Na ECCI através das visitas domiciliárias, foi mantido o treino de técnicas de reeducação respiratória, gestão de esforço, conservação de energia, reconhecimento de dispneia e gestão de agudizações. Foi supervisionada e melhorada a gestão da terapêutica inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia. Porém constatei que estes utentes, com doenças respiratórias acompanhados por esta equipe de ECCI, não foram referenciados devido à sua DRC, necessidades de RFR ou manutenção/ reforço de ensinios no domicílio, mas devido a outras comorbilidades associadas, como síndromes de imobilidade, AVC, entre outras, mantinham apenas acompanhamento periódico a nível hospitalar.

Este é um dos constrangimentos/limitações que detetei para que a promoção e adesão do regime terapêutico nas pessoas com DRC possa ser mais amplamente alvo da intervenção do EEER e ser uma realidade mais frequente.

A adesão à terapêutica é um comportamento que pode derivar em resultados mais ou menos satisfatórios e é influenciado por várias barreiras,



como o excesso de tomas/medicamentos e efeitos secundários, dificuldade de adaptar as tomas à rotina e estilo de vida, dúvida na eficácia, perceção do estado de saúde, horário das tomas, esquecimento, desconhecimento das consequências da não adesão e evitar misturar com outras substâncias/não gostar de tomar. Delinear intervenções que visem contornar e minimizar o efeito que estas assumem nos diversos intervenientes no processo é um objetivo transversal a qualquer política de saúde (Gamble *et al*, 2009). Muitas vezes a realidade da situação e das dificuldades que enfrentam só são realmente sentidas quando regressam a casa e enfrentam o dia-a-dia.

Uma das causas desta lacuna no acompanhamento da adesão e GRT a nível domiciliário, poderá também dever-se à falta de informação e conhecimento que as instituições hospitalares e seus profissionais possuem acerca dos recursos existentes na comunidade.

Apesar de ter sentido um constrangimento inicial no estágio na ECCI, pela pouca informação que eu própria detinha acerca da organização dos ACES e dos objetivos de uma ECCI, este desencadeou uma necessidade de obtenção de respostas, procura de informação atualizada e acima de tudo o conhecimento de estruturas de encaminhamento e apoio, à pessoa/família que necessita de cuidados de saúde. No decorrer deste estágio fui apercebendo-me da importância de referenciação precoce dos utentes hospitalizados para a RNCCI. Apesar das equipas de gestão de alta (EGA) hospitalares serem já uma realidade, existe ainda uma grande lacuna na referenciação dos utentes.

Relativamente ao meu contexto atual de trabalho, muitas vezes pela falta de conhecimento da equipe multidisciplinar acerca da RNCCI, o utente regressa ao domicílio, sem apoio familiar, económico ou social, podendo significar perda de potencial de reabilitação, que em muitos casos poderia facilmente ser otimizado encaminhando a pessoa para a EGA e posteriormente por exemplo para uma ECCI que detivesse um EEER ou unidade de reabilitação.

Neste sentido, para além da importância de conhecer este processo e refletir sobre ele, permitiu-me começar a alertar mais os meus colegas e equipe médica do meu contexto de trabalho para esta problemática. Neste momento com base do conhecimento adquirido, tenho mais oportunidade de desenvolver a articulação com a comunidade e planejar as altas dos utentes, com a equipa EGA do meu hospital.

Acima de tudo, com a realização deste curso de especialidade, em concreto com a realização do estágio, houve uma mudança do meu olhar sobre o que é cuidar em enfermagem. Estabeleci uma evolução da minha relação com o utente e/ou sua família, na qual passei de uma enfermeira que tendia a substituir o meu utente, suprimindo as suas necessidades, para me tornar sua parceira de cuidados, auxiliando-o na aquisição ou conquista da sua independência.

Um dos aspetos que considerei facilitador para esta mudança foi a integração fácil e a colaboração no trabalho diário das equipas multidisciplinares, nos dois campos de estágio. Ter sido integrada no trabalho destas equipas contribui de forma substancial, para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de ER e na promoção de momentos de reflexão sobre a minha prática.

Uma enorme mais valia do estágio realizado na Pneumologia, foi a monitorização dos utentes, em termos hemodinâmicos, analíticos e imagiológicos, possibilitando a observação a curto prazo de resultados da intervenção do EEER, permitindo fazer ajustes ou reformulação da intervenção, contrastando com o estágio em contexto comunitário na ECCI, em que na maioria das situações é mais difícil a observação de resultados imediatos e a curto prazo.

Neste contexto de estágio adquiri uma maior destreza manual e uma visão mais abrangente dos utentes, das suas patologias, necessidades atuais e prestando especial atenção às suas necessidades futuras, adquirindo uma maior capacidade de avaliação das necessidades com vista a estabelecer planos de intervenção adequados e relevantes para a pessoa.

Na ECCI por me encontrar a realizar cuidados no domicílio dos utentes, no seu *“habitat natural”*, o desenvolvimento de programas de reabilitação personalizados e adequados, assumiu uma maior dimensão face às reais necessidades do utente/ família tendo em conta as suas expectativas e a sua envolvente sociocultural, de modo a que estes pudessem por si ser continuados. Na comunidade deparei-me com utentes detentores de enormes dificuldades na sua funcionalidade, muitos deles dependentes de terceiros (filhos, cônjuges, etc.), muitos deles também idosos ou com limitações físicas.

Diversas vezes fui confrontada com uma preocupação acrescida, no qual o tema do meu relatório “promoção e adesão do regime terapêutico” (assumindo como regime terapêutico não medicamentoso o programa de reabilitação), dependia de forma substancial do cuidador/familiar e da sua própria adesão, para que o utente beneficiasse dela. Senti um aumento de responsabilidade em adequar o mais possível os recursos disponíveis, capacitando não só a pessoa, mas também o cuidador, procurando assim como Alves (2014) sugere diminuir a sobrecarga de trabalho do cuidador, ao lidar com a doença do seu familiar e mantendo desta forma a sua adesão ao programa de reabilitação instituído.

A partilha de conhecimentos científicos, a troca de saberes com as EEER orientadoras e as constantes reflexões realizadas individualmente e em conjunto em ambos os contextos de estágios, sobre o processo de planeamento da alta e da promoção do autocuidado: GRT, permitiu-me refletir sobre a prática e delinear estratégias de intervenção tendo em vista a melhoria dos cuidados de enfermagem no contexto, assente em muitos casos na educação.

O meu estágio, nos diferentes contextos clínicos, como aluna de ER teve a educação como um eixo central de desenvolvimento, com os propósitos anteriormente referidos e para atingir o meu principal objetivo: promoção e adesão do regime terapêutico. Apesar de não ter incidido na patologia DPOC, o que de início parecia ser um constrangimento, tornou-se transversal a todos os utentes com as mais diversas patologias que tive a oportunidade de acompanhar ao longo deste percurso.

À medida que ia realizando cuidados diferenciados de ER, interiorizei o papel de agente facilitador que, após o estabelecimento de uma relação de proximidade e de empatia, me permitiu, conjuntamente com a família e o próprio doente, encontrar novos caminhos compatíveis com a sua situação de dependência, procurando promover o seu bem-estar e QDV.

Uma limitação sentida foi não ter acompanhado os utentes com quem trabalhei no serviço de Pneumologia, em contexto domiciliário, por forma a validar as minhas estratégias de promoção e adesão à GRT a nível domiciliário.

Não foi possível o desenvolvimento de um programa de reabilitação respiratória, preconizada nas Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na DPOC pela DGS (2009). Porém de acordo com o que a literatura descreve e remetendo para o que a experiência da prática clínica permitiu aferir,

pode afirmar-se que a pessoa com DRC apresenta diferentes problemas sensíveis à intervenção do EEER, tais como dispneia, intolerância à atividade e limitação da funcionalidade, os quais condicionam quadros de depressão, ansiedade, restrição da participação, repercussões familiares, laborais e sociais e, conseqüentemente, diminuem a QDV dos indivíduos. A abrangência da intervenção do EEER pode contemplar tanto o contexto comunitário como hospitalar. A minha intervenção ao longo do estágio concretizou-se em:

- Colheita de dados: história da doença atual, antecedentes pessoais e fatores de risco, sinais e sintomas presentes, situação social e familiar, status profissional e tipo de atividade;
- Avaliação física: força muscular, amplitude articular, sinais vitais, funcionalidade e tolerância ao exercício;
- Técnicas de RFR;
- Mobilização e levante precoce;
- Treino, supervisão e aconselhamento das atividades/ técnicas de autocuidado e poupança de energia;
- Treino de marcha e escadas;
- Educação para a saúde e gestão de fatores de risco: reconhecimento de sintomas e intervenção, identificação de fatores de risco e estratégias de controlo, aconselhamento nutricional e de exercício físico;
- Educação acerca do reconhecimento de sintomas e intervenção, identificação de fatores de risco e estratégias de controlo e terapêutica;
- Referenciação para acompanhamento de outros profissionais.

Um outro aspeto que gostaria de referenciar/refletir, prende-se com a autonomização do EEER e o seu papel nas equipas multidisciplinares. Como referi ao longo do presente trabalho, em ambos os contextos de estágio, foi bem visível o papel e a importância das EEER nas equipas, que realizavam quase que em exclusivo enfermagem de reabilitação. No entanto, em muitos contextos de trabalho por onde tive oportunidade de passar ao longo da minha vida profissional, este papel no seio das equipas multidisciplinares é por vezes ainda algo impreciso, talvez por serem, acima de tudo, enfermeiros de cuidados gerais.

Em todo o caso, continuo a pensar que o EEER ocupa um posicionamento privilegiado na equipa, ao dispor de um tempo que lhe permite um investimento mais individualizado junto da pessoa, que o percebe e reconhece.

Outra limitação sentida ao longo deste percurso, prendeu-se com a oportunidade de trabalhar as questões mais relacionadas com a eliminação, porém tive oportunidade de contactar com outra realidade que não previa inicialmente, nomeadamente a prestação de cuidados no âmbito da RFR à população pediátrica. O contacto foi com um lactente e sobretudo um carácter de observação, mas ainda assim permitiu-me reconhecer alguns princípios e estratégias específicos.

Em tempos que exigimos a valorização das especialidades de enfermagem e considerando os registos como um veículo de continuidade de cuidados e de visibilidade do trabalho dos próprios enfermeiros, no serviço de Pneumologia em que realizei o estágio, os enfermeiros de cuidados gerais realizam os seus registos na plataforma informática SAPE, em linguagem CIPE, encontrando-se os EEER limitados ao espaço de notas gerais para a realização dos seus registos, havendo uma total ausência de um plano de cuidados que contemplasse os diagnósticos sensíveis à intervenção da ER e respetivo planeamento de intervenções, uma limitação à nossa visibilidade e pela qual também se devia lutar por essa mudança, tornando-se também visível o trabalho de enfermeiros de cuidados gerais que conjuguem também a sua especialidade.

Para mim, o EEER é o profissional que independente do seu contexto de cuidados, ensina, instrói, treina, ajuda, orienta, avalia e referencia, sendo um recurso fundamental na promoção do autocuidado dos seus utentes. É o profissional que tem a oportunidade, porventura única, de integrar um conjunto de outras atividades naquilo que, na maioria dos casos, dá sentido e motiva os utentes: a (re)aquisição da sua independência no autocuidado, a funcionalidade, o controlo sobre o seu corpo, as suas ações e, assim, sobre a sua vida. Todas estas competências fazem dos EEER elementos de referência, não só para os seus pares, bem como da equipa multidisciplinar em que se encontram inseridos.

### **3- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chegado a este momento, torna-se evidente que a riqueza das aprendizagens e experiências vividas excederam largamente o que comporta o presente relatório.

O intervalo entre o aporte teórico do curso e a realização do estágio, terá tornado este processo de integração teórico-prática menos fluida, bem como a sobrecarga horária também tornou este processo de aprendizagem em alguns momentos mais sofrido que o esperado. Porém, penso que posso afirmar que foi um trajeto cumprido com sucesso e que superou as minhas expectativas. Ao longo deste período desenvolvi um novo olhar e juízo das situações de cuidados, ao mesmo tempo que fui adquirindo progressivamente confiança na avaliação, execução técnica e na tomada de decisão.

De forma a sintetizar os aspetos mais relevantes, optei por uma apresentação das atividades que não se limitasse apenas à sua descrição, procurei também realizar uma abordagem reflexiva e fundamentada da prática. Procurei articular saberes teórico-científicos com a realidade do estágio, tentando compreender e sustentar o que havia vivido na prática.

Ser EEER vai além da conclusão de um percurso académico, implicando prática e continuidade. Pude constatar ao longo do estágio, o impacto do EEER na vida da pessoa/ família, na maximização da sua funcionalidade e autonomia e apoio na satisfação das AVD e promoção de saúde. Enquanto enfermeira e futura EEER, através dos diversos conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso, reforço a implementação de estratégias de reabilitação o mais precocemente possível, transmitindo simultaneamente esse conhecimento aos restantes colegas. Considero que atualmente a minha experiência é aceite pela equipa multidisciplinar e que valoriza as minhas sugestões, particularmente na área da reabilitação respiratória e treino de AVD, pelo que se iniciam mais cedo intervenções associadas a estes domínios.

A conclusão deste relatório representa um momento de satisfação pessoal, superação de dificuldades ao longo do percurso e essencialmente um sentimento de dever cumprido, com possibilidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional na área da reabilitação.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais (2ªed.)*. Lisboa: Formasau - Formação e Saúde.
- Acúrcio, e. a. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Medicina Brasileira*, 55 , pp. 468-474.
- Andersen, H., Lampela, P., Nevanlinna, A., Saynajakangas, O., & Keistinen, T. (2013). High hospital burden in overlap syndrome of asthma and COPD. *The Clinical Respiratory Journal*. 7(4) , pp. 342-347. ISSN 1752-6981.
- António, C. (2010). Doença pulmonar obstrutiva crónica e exercício físico. *Revista Portuguesa Pneumologia*, 16(4) , pp. ISSN 0873-2159.
- Antunes, A., Bárbara, C., & Gomes, E. (2013). *Programa Nacional para Doenças Respiratórias: 2012-2016*. DGS.
- Artigo 27º Decreto Lei nº101/2006 de 6 de Junho, Diário da República: I série. Acedido em 13 de Março de 2017.
- Atalaia, H. (2007). Intervenção da fisioterapia em utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *EssFisionline*, 3(2) , pp. 28-38.
- ATS. (2002). ATS statement: guidelines for the sixminute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* , pp. 111-117.
- Bailey, S., Oramasionwu, C., & Wolf, M. (2013). Rethinking Adherence: A health literacy - Informed Model of Medication Self-Management. *Perspectives, Journal of Health Communication: International*, 18(1) , pp. 20-30.
- Barakat, S., Michele, G., George, P., Nicole, V., & Guy, A. (2008). Outpatient pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, 3(1) , pp. 155-162.
- Barbosa, M., & et al. (2009). Acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: um levantamento em banco de dados. *Revista Enfermagem Integrada*. 2(1) , pp. 176-187.
- Barreto, C., Froes, F., Pinto, P., & Cravo, P. (2000). Normas de Terapêutica Inalatória. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 6(5) , pp. 395-434. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215915309272>.

Bastos, F. (2004). *Adesão e Gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Porto: Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global*. L. Abecasis & M.C. Rosa. Lisboa: Lusodidacta.

Blasio, F., & Polverino, M. (2012). Current best practice in pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 6 , pp. 221-237. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1753465812444712>.

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Borge, C., Wahl, A., & Moum, T. (2010). Association of breathlessness with multiple symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12) , pp. 2688-2700.

Bott, J., Blumenthal, S., Buxton, M., Ellum, S., Falconer, C., Garrod, R. ... White, J. (2009). Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax*, 64(1) , pp. 1-51.

Boyle, S. (2008). The health system in England. *Eurohealth*, 14(1) .

Branco, P., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Maia, J. (2012). *Temas de reabilitação: reabilitação respiratória*. Porto: Design de Comunicação.

Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. [http://www1.ratiopharm.com/apps/temodule\\_dokumentencenter/index.cfm?fuseaction=output.filedownload&dlftoken=0224500374393&lid=93](http://www1.ratiopharm.com/apps/temodule_dokumentencenter/index.cfm?fuseaction=output.filedownload&dlftoken=0224500374393&lid=93) .

Cabete, D. (2011). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people: a portuguese case study*. Tese de Doutoramento: Northumbria University.

Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições* . Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. ISBN: 9789726712480.

Calic-Kutukcu, E., Savci, S., Saglam, M., Vardar-Yagli, N., Inal-Ince, D., Arikan, H., et al. (2014). A comparison of muscle strenght and endurance, exercise capacity, fatigue perception and quality of life in patients with chronic obstructive



pulmonary disease and healthy subjects: a cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine*, 14(6) .

Chang, & et al. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: Systemic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *British Medical Journal*, 238(7441) , pp. 680-686.

Christofoletti, G., Freitas, R., Cândido, E., & Cardoso, C. (2010). Eficácia de tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17(3) , pp. 259-263.

Cintra, F., Guariento, M., & Miyasaki, L. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência Saúde Coletiva* , pp. 3507-3515. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900025>.

Coleman, C., Limone, B., Sobieraj, S., Lee, S., Roberts, M., Kaur, R., et al. (2012). Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. Subject review. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 18(7) , pp. 527-539. <http://europepmc.org/abstract/med/22971206>.

Collière, M. (2001). *Cuidar: a primeira arte da vida (2ªed)*. Loures: Lusociência.

Cordeiro, M., Menoita, E., & Mateus, D. (2012). Limpeza das vias aéreas: conceitos, técnicas e princípios. *Journal of Agind and Innovation*, 1 .

Costa, A., & Costa, C. (2014). Distribuição geográfica dos recursos humanos de reabilitação nas equipas de cuidados paliativos em Portugal Continental. *Cuidados Paliativos*, 1(1) , pp. 93-94. [http://www.apcp.com.pt/uploads/revista\\_cp\\_vol\\_1\\_n\\_1.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf).

Cumming, R., Ivers, R., Clemson, L., Cullen, J., Hayes, M., Tanzer, M., Mitchell, P. (2007). Improving vision to prevent falls in frail older people: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.*, 55, pp 175-81.

Curtis, E., & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5) , pp. 32-35.

DGS. (2015 a). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia*. Lisboa: Norma da DGS, N°018/2011, Data 28/09/2011, Atualizada em 11/09/2015.

DGS. (2015 b). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia*. Norma da DGS, N°018/2011, Data 28/9/2011, Atualizada 11/9/2015. Lisboa: DGS.

DGS. (2015 c). *Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos*. Norma da DGS, N°022/2011, Data 28/09/2011, Atualizado em 11/09/2015. Lisboa.

DGS. (2011). *Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa.

DGS. (2009). *Orientações sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Circular Normativa N°40 A/DSPCD de 27/10/09. DGS.

DGS. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Circular Normativa, N° 04/DGCG de 17/03/05 .

Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*. 40 , 201-219.

DiMatteo, M. (2004). Variations in patients adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 42(3) , pp. 200-209. ISSN: 0025-7079/04/4203-0200 DOI: 10.1097/01.MLR.0000114908.90348.f9.

Dolce, J., Crisp, C., Manzela, B., Richards, J., Hardin, M., & Bailey, W. (1991). Medication adherence patterns in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest Journal*. 99(4) , pp. 837-841. DOI:10.1378/chest.99.4.837 <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1063817>.

Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. Londres: Palgrave Macmilliam.

Duarte, S. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Eaton, T., Young, P., Fergusson, W., Moodie, L., Zeng, I., O'Kane, F. ... Kolbe, J. (2009). Does early pulmonary rehabilitation reduce acute health-care utilization in COPD patients admitted with an exacerbation? a randomized controlled study. *Respirology* , pp. 230-238. DOI: 10.1111/j.1440-1843.2008.01418.x.

Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in continuing education*, 26 , pp. 247-273.

Fairhall, N., Sherrington, C., Lord, S., Kurrle, S., Langron, C., Lockwood, K., et al. (2014). Effect of a multifactorial, interdisciplinary intervention on risk factors for falls and fall rate in frail older people: a randomised controlled trial. *Age and ageing*, 43(5), pp. 616-622. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/aft204>.

Fernandes, A. (2009). Reabilitação Respiratória em DPOC - a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ*, 1(1), pp. 71-78. Disponível em: [http://sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/atualizacao\\_tematica/11.pdf](http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/atualizacao_tematica/11.pdf).

Fernandes, A., & Bezerra, O. (2006). Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(5), pp. 461-471.

Ferreira, A. (2011). *Independência Funcional em Idosos Domiciliados*. Viseu: Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu.

Feste, C., & Anderson, R. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, V.26, pp. 139-144.

Figueiredo, L. (2011). Adesão Terapêutica numa mulher com depressão maior: perspectiva da doente. *Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu*.

Flaming, D. (2001). Using praxis instead of "research-based practice" as the guiding light for nursing practice. *Nursing Philosophy*, pp. 251-258. <http://www.readcube.com/articles/10.1046/j.1466-769X.2000.00066.x>. ISSN 1466-7681.

Gamble, J., Stevenson, M., McClean, E., & Heaney, L. (2009). The prevalence of nonadherence in difficult asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 18(9), pp. 817-822. DOI:10.1164/rccm.200902-0166OC <http://atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200902-0166OC#.VFUdJ9JCFQ4>.

Garcia-Aymerich, J., Hernandez, C., Alonso, A., Casas, A., Rodriguez-Roisin, R., Anto, J., Roca, J. (2007). Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respiratory Medicine*, pp. 1462–1469. DOI:10.1016/j.rmed.2007.01.012.

Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), pp. 354-361.

Gigliotti, F., Romagnoli, I., & Scano, G. (2003). Breathing retraining and exercise conditioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a physiological approach. *Respiratory Medicine*, 97, pp. 197-204.

Gosselink, R. (2003). Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), 40. *Journal of Rehabilitation Research & Development* , pp. 25-33.

Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1) , pp. 58-67.

Habel, M. (2011). *Educação do doente e da família orientada para resultados in Hoeman, Shirley (2011)- Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ªed)*.Loures: Lusodidacta.

Haskard-Zolnierrek, K., DiMatteo, M., & Martin, L. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*. 6(1) , pp. 74-9.

Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M., & Maia, M. (s.d.). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Hesbeen, W. (2010). *A reabilitação- criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8383-43-5.

Hoeman, S., Lyszner, K., & Alverzo, J. (2011). *Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S.P.H. (coordenador) Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados (4ªed)*.Loures: Lusodidacta.

Kim, H. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing (13ªed)*. New York: Spring Publishing Company. pp.340. ISBN 978-0-8261-0587-5.

Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *The Author Journal Compilation* , pp. 325-340. DOI:10.1111/j.1365-2702.2007.02000.

Kucukarslan, S. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 8(5) , pp. 371-382. DOI:10.1016/J.SAPHARM.2011.09.002.

Lorig, K., & Holman, H. (2003). *Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms*. .Annals of Behavioral Medicine, 26(1), 1-7. DOI:10.1207/S15324796ABM2601\_01.

Lutz, B., & Davis, S. *Modelos teóricos e práticos para a enfermagem de Reabilitação. In S.P. Hoeman (coordenador). Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados (4ªed)*. pp.15-30. Loures: Lusodidacta.

- Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London: M&K Update Ltd Paperbak. ISBN: 9781905539284.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em: <http://ojs.c3sufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1691/1399>>.
- Magalhães, M. (2009). O Processo de cuidados em Enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica DPOC: da evidência à mudança de práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*, 20 , pp. 26-39.
- Maki, B., & Fernie, G. (1996). Accidents: falls. *Encyclopedia of Gerontology*, 1 , pp. 11-17.
- Margato, C. (2010). A propósito da adesão à terapêutica. *Revista Sinais Vitais* , pp. 4. ISSN 1647-2691.
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, E., Lacasse, E. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. . *Cochrane database systematic review* , p. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003793.pub3/pdf>.
- Medina Moya, J. (2008). De mapas y territorios. *Revista Rol de Enfermería*, 31(7-8) , pp. 533-536. ISSN 0210-5020.
- Medina, J. (1999). *La Pedagogia del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes. pp.308. ISBN 84-7584-373-5.
- Monninkhof, E., Palen, P., Herwaarden, C., & Partridge, M. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, 58(5) , pp. 394-398. DOI:10.1136/thorax.58.5.394. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articlePMC1746688/pdf/v058p00394.pdf>.
- Monninkhof, E., Valk, P., Palen, J., Herwaarden, C., & Partridge, M. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, 58(5) , pp. 394-398. *Thorax* , 58(5), 394-398. DOI: 10.1136/thorax.58.5.394. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1746688/pdf/v058p00394.pdf>.
- Montagnini, M., & Lodhi, M. (2003). The utilization of physical therapy in a palliative care unit, 6(1). *Journal of Palliative Medicine* , pp. 11-17.

Morais, A., Rocha, L., & Hespanhol, V. (2001). Estudo comparativo do manuseamento dos vários dispositivos de inalação utilizados em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 7(1) , pp. 9-24. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215915308114>.

Muchão, F., Perin, S., Rodrigues, J., Leone, C., & Filho, L. (2008). Avaliação dos conhecimentos sobre o uso de inaladores dosimetrados entre profissionais de saúde de um hospital pediátrico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(1) , pp. 4-12. ISSN 1806-3756. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000100003).

Nakano, M. (2007). *Versão brasileira da short physical performance battery - SPPB: adaptação cultural e estudo de confiabilidade*. Dissertação Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

Nazir, S., & Erbland, M. (2009). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: an Update on Diagnosis and Management Issues in Older Adults. *Drugs & Aging*, 26(10) , pp. 813-831. Cochrane Database of Systematic Reviews.

NIA. (2009). *Exercise & Physical Activity*. National Institute on Aging.

Nunes, L., & et al. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN:972-99646-0-2.

OE. (2010). *Competências de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

OE. (2008). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2013). *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ONDR. (2011). *Observatório nacional das doenças respiratórias*. Disponível em: [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf)191.

Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice (5ªed.)*. Stº Louis: Mosby.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(4) , pp. 487-497.

Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2000). *Dimensions of patient "empowerment": implications for professional services marketing*. Health Marketing Quartety, vol.18.

- Palange, P., Carlsen, K., Casaburi, R., Gallagher, C., Gosselink, R., Ward, S., ... Whipp, B. (2007). Recommendations on the use of exercise testing in clinical practice. *European Respiratory Journal*, 29 , pp. 185-209. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/29/1/185>.
- Pamplona, P., & Morais, L. (2007). Exercise training in chronic pulmonary disease. *Revista Portuguesa Pneumologia*, 13(1) , pp. 101-128.
- Parada, F., & Pereira, C. (2003). Da imobilidade ao condicionamento ao esforço. *Geriatrics*, 15(153) , pp. 36-45.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência* , pp. 121-132. ISSN:0874.0283 <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Pereira, M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/ doente*. Lisboa: Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta.
- Perez, X., Wisnivesky, J., Lurslurchachai, L., Kleinman, L., & Kronish, I. (2012). Barriers to adherence to COPD guidelines among primary care providers. *Respiratory Medicine*. 106(3) , pp. 374-381. DOI:10.1016/j.rmed.2011.09.010.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pillbox, N. -T. (2009). A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. *A NEHI Research Brief. Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease* , p. 21.
- Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia na UTI*. (4ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Queirós, P. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* , pp. 157-164. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a18.pdf>.
- Rekeneire, N., Visser, M., Peila, R., Nevitt, M., Cauley, J., Simonski, M. ... Harris, T. (2003). Is a Fall Just a Fall: Correlates of Falling in Healthy Older Persons. The

Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the american geriatrics society* .

Restrepo, R., Alvarez, M., Wittnebel, L., Sorenson, H., Wettstein, R., Vines, D., et al. (2008). Medication adherence issues in patients treated for COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 3(3) , pp. 371-384. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/175805>.

RNCCI. (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados*. Lisboa: Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Ministério da Saúde.

Rodrigues, F. (2004). Limiting factors of exercise capacity in patients with COPD. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 10(1) , pp. 9-61.

Rodrigues, S., Viegas, C., & Lima, T. (2002). Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante da doença pulmonar obstrutiva crónica. *Jornal de Pneumologia*, 28(2) , pp. 65-70.

Sacco-Peterson, M., & Borell, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4) , pp. 376-386.

Sakano, L., & Yoshitome, A. (2007). Diagnóstico e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(4) , pp. 495-498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>.

Sakano, L., & Yoshitome, A. (2007). Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(4) , pp. 495-498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>.

Santos, C. (2011). *Reabilitação Respiratória na DPOC: efeito de duas intensidades de treino de exercício aeróbico nos resultados centrados no doente*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.

Santos, I. (1998). Quedas no Idoso: Reabilitação? *Arquivos de Medicina*, 12 , pp. 177-181.

Sedeno, M., Nault, D., Hamd, D., & Bourbeau, J. (2009). A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 6(5) , pp. 352-358. DOI:10.1080/15412550903150252.

Sequeira, M. (2009). Fisioterapia em Cuidados Intensivos. *EssFisiOnline*. 5(1) , pp. 54-73.



Seto, W. (1995). Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences. *Journal of Hospital Infection*, 30 , pp. 107-115. ISSN:0163-4453.

Silva, G., & et al. (2004). Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study. *Chest*, 126 , pp. 59-65.

Sivori, M., Almeida, M., Benzo, R., Boim, C., Brassesco, M., Callejas, O., et al. (2008). Nuevo consenso argentino de rehabilitacion respiratoria. *Medicina (Buenos Aires)*, 68 , pp. 325-344.

Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100(12) , pp. 42-45. <https://www.nursingtimes.net/Journals/2012/11/30/v/l/x/040323A-practical-approach-to-promote-reflective-practice-within-nursing.pdf>.

Sotomayor, E., Vera, A., Naveas, R., & Sotomayor, C. (2001). Evaluación de las técnicas y errores en el uso de los inhaladores de dosis medida en el paciente adulto. *Rev. Méd. Chile*, 129(4) , pp. 413-420. ISSN 0034-9887. Disponivel em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000400010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000400010).

Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., et al. (2013). An Official American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188 , pp. DOI:10.1164/rccm.201309-1634ST. Disponivel em: <http://www.ers-education.org/IrMedia/2013/pdf/234079.pdf>.

Stellefson, M., Tennant, B., & Chaney, J. (2012). A Critical Review of Effects of COPD Self-Management Education on Self-Efficacy. *ISRN Public Health* , p. DOI:10.5402/2012/152047.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*. 45(6) , pp. 204-211.

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20 , pp. 73-85.

Terra, N. (2007). *Geraitria moderna para leigos*. Porto Alegre: Leitura XXI.

Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ªed)*. Loures: Lusociência.

- Troosters, T., Casaburi, R., Gosselink, R., & Decramer, M. (2005). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172 , pp. 19-38.
- Velloso, M., & Jardim, J. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, 32(6) , pp. 580-586. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a17v32n6.pdf>.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5) , pp. 331-342.
- VonKorff, M., & et al. (1997). Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med*, 127 , pp. 1097-1102.
- Walters, J., Turnock, A., & Walters, E. (2010). *Action plans with limited patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (review)*. The Cochrane Collaboration.
- Wedzicha, J., & Martinez, F. (2009). Chronic Obstrutive Disease Exacerbation. *Informa Healthcare*, 228 .
- Wert, D., Brach, J., VanSwearingen, J., & Perera, S. (2013). The association between energy cost of walking and physical function in older adults . *Arch Gerontol Geriatr*. 57(2) , pp. 198-203. DOI:10.1016/j.archger.2013.04.007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690945/pdf/nihms471993.pdf>.
- WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2017, no web site da Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemdosenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf) .
- Wilson, J. (2003). *Controlo de infecção na prática clínica (2ªed)*. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8383-57-2.
- Zeleznik, D. (2007). *Self-care of the home dwelling elderly people living in slovenia*. Disponível em: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514286377.pdf>.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I –Caraterização da Pessoa/ Condições Habitacionais**

## Guião

### Caraterização da Pessoa/ Condições Habitacionais

**1-Nome (Iniciais):**

**2-Idade:**\_\_\_\_\_ anos

**3-Sexo:**

Feminino

Masculino

**4-É fumador:**

Não

Sim

Nº de cigarros por dia \_\_\_\_\_

**5-Nível de Escolaridade:**

Não sabe ler nem escrever

1ºciclo(1ª à 4ªclasse)

2ºciclo (5º ao 6ºano)

3ºciclo (7º ao 9ºano)

Ensino Secundário (10º ao 12ºano)

Ensino Superior

**6-Situação atual face ao emprego:**

Empregado

Profissão\_\_\_\_\_

Desempregado

Reformado

Profissão anterior\_\_\_\_\_

**7- Vive sozinho:**

Sim

Não

Com quem?\_\_\_\_\_

**8- No último mês, reduziu as suas actividades habituais ou de trabalho devido à sua condição de saúde?**

Não

Sim

Duração (dias):\_\_\_\_\_

**9- Precisa de ajuda para cumprir as indicações dadas pelo médico e/ ou enfermeiro para controlar a sua doença?**

Não

Sim

Se respondeu **sim**, assinale quem o ajuda a cumprir estas indicações:

Cônjuge

Filha/ filho

Vizinho

Apoio Domiciliário

Que tipo de apoio?\_\_\_\_\_

Outros

Quem?\_\_\_\_\_

**10- A sua habitação tem eletricidade?**

Sim

Não

**11- Para ter acesso à sua habitação utiliza:**

Elevador

Escadas

Quantidade\_\_\_\_\_

**11- Que tipo de serviço de saúde utiliza?**

Público

Privado

**Apêndice II – Grelhas de Observação para a avaliação da técnica de  
utilização de Inaladores**

Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização de Inaladores  
pressurizados com **câmara expansora**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização dos de Inaladores pressurizados com câmara expansora	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		
Recoloca-la no bucal		
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador		
Agitar bem e na vertical		
Retirar a tampa do bucal do inalador		
Adaptar o inalador à câmara expansora		
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível		
Colocar a tampa no inalador e guardar em local seco		
Colocar o bucal da câmara entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo. No caso de utilizar máscara, adaptá-la bem à face		
Comprimir o inalador uma vez		
Inspirar lenta e profundamente pela boca		
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível. Se não conseguir suspender a respiração, cumprir 3 a 4 ciclos respiratórios dentro da câmara		
Retirar a câmara/máscara da boca e respirar normalmente		
Recolocar a tampa no bucal do inalador		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos as etapas desde agitar a medicação		
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois		



**Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização de Inaladores pressurizados**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização dos de Inaladores pressurizados	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		
Recolocar a cápsula no bucal		
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador		
Agitar bem e na vertical		
Retirar a tampa do bucal		
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível		
Colocar o bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo.		
Comprimir o inalador uma vez		
Inspirar lenta e profundamente pela boca		
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível.		
Retirar o inalador da boca e expirar normalmente		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos as etapas desde agitar a medicação		
Recolocar a tampa no bucal		
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois		

## Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do **Aerolizer**

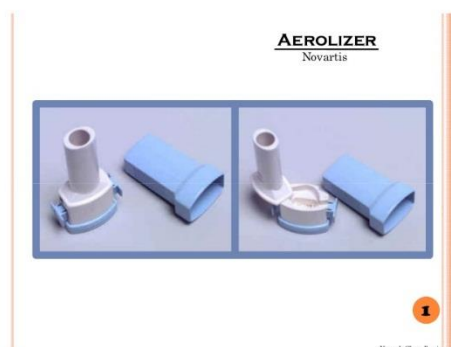
Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização Aerolizer	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa protetora que cobre o inalador		
Rodar o bucal no sentido da seta		
Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechar		
Carregar nas patilhas laterais, para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-a de seguida		
Expirar lenta e profundamente, mantendo o inalador afastado da boca		
Colocar o inalador na posição horizontal		
Colocar o bucal entre os dentes e ocluir os lábios em volta do mesmo		
Inspirar profundamente pela boca ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver , aspirar novamente		
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui		
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água,, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois		



cxpross.com



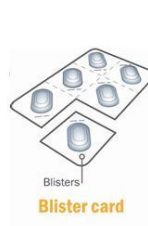
Yagor Chaudhri

Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do **Breezhaler**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização Breezhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de protecção puxando-a para cima		
Segurar firmemente a base do inalador e inclinar o bucal para trás, empurrando-o		
Retirar a cápsula do blister e coloca-la na câmara central		
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”		
Segurar o inalador com o bucal para cima e carregar nas patilhas laterais para perfurar a cápsula, até ouvir o “click”, libertando-as de seguida		
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca		
Colocar Firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente		
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal		



Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do **Diskus**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização Diskus	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Segurar a cobertura externa com uma mão e colocar o polegar da outra mão no local de apoio deste. Empurrá-lo com o polegar, deslocando-o tanto quanto possível		
Deslizar a alavanca até ouvir um estalido		
Segurar o Diskus, afastando-o da boca. Expirar tanto quanto for confortavelmente possível		
Colocar o bucal entre os lábios, ajustando-os a esta		
Inspirar constante e profundamente através do diskus		
Retirar o Inalador da boca e suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Colocar a tampa no inalador e guardar em local seco		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui		
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água,, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois		



Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do **Handihaler**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização Handhaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a tampa de protecção puxando-a para cima ou apertando o botão lateral e abrir o bucal		
Retirar a cápsula do blister e coloca-la na câmara central		
Fechar o bucal firmemente até ouvir “click”, deixando a tampa de protecção aberta		
Segurar o inalador com o bucal para cima e premir o botão, libertando-o de seguida		
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca		
Colocar Firmemente os lábios em redor do bucal e inspirar lenta e profundamente ao ritmo suficiente para ouvir a cápsula vibrar dentro da câmara		
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Abrir o inalador e verificar se a cápsula tem medicamento. Se tiver, aspirar novamente		
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal		



Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do **Novolizer**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização Novolizer		Executa corretamente a etapa	
		Sim	Não
Retirar a tampa superior do Novolizer, apertando as superfícies laterias estriadas, puxando para a frente e para cima	Quando utiliza pela primeira vez o inalador		
Colocar o cartucho no novolizer			
Recolocar a Tampa			
Retirar a tampa que cobre a peça bucal			
Carregar no botão da face postero-superior do inalador			
Expirar profundamente com o bucal afastado da boca			
Colocar o bucal entre os lábios, ajustando-os bem a este			
Inspirar profundamente pela boca até ouvir um estalido e a barra vermelha passar a verde			
Suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos			
Expirar com o inalador afastado da boca			
Recolocar a tampa que cobre a peça bucal			
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui			
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água,, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água			
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água,, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água			
Identificar as doses disponíveis no inalador			
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 mnutos entre os dois			

**Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do  
SpirivaRespimat**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas Técnicas de utilização do SpirivaRespimat		Executa corretamente a etapa	
		Sim	Não
1 -Pressionar o botão lateral de segurança e retirar a base transparente	Quando utilizar pela primeira vez o inalador		
2- Para Inserir o cartucho, empurrar a extremidade mais estreita do cartucho para o interior do inalador			
3 – Pressionar a base do cartucho sobre uma superfície dura para garantir que o cartucho entra até ao fim			
4- Voltar a colocar a base transparente, alinhando a ranhura com o botão de segurança			
5 - Segurar no inalador com a tampa fechada e rodar a base transparente na direção da seta até ouvir um clique			
6- Abrir a Tampa			
7- Virar o bucal para baixo pressionar o botão para libertar a dose			
8- Fechar a Tampa			
9-Repetir os passos 5 a 8 até visualizar a nuvem			
10- Voltar a repetir 3 vezes os passos 5 a 8 para garantir que o			

inalador está pronto a ser utilizado			
11- Segurar no interior com a tampa fechada e rodar a base transparente na direção da seta até ouvir um clique			
12- Abrir a tampa			
13- Expirar profundamente com o bucal afastado da boca			
14- Posicionar o inalador na horizontal e colocar firmemente os lábios em redor do bucal sem tapar as entradas de ar			
15c- Pressionar o botão da libertação da dose e inspirar lenta e profundamente pela a boca			
16 - Suspende a respiração por cerca de 4 a 10 segundos			
17- Expirar com o inalador afastado da boca			
18- Fechar a tampa que cobre o bucal			
Repetir os passos 11 a 18 para administrar a dose completa			



Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do **Turbohaler**

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Etapas de Técnica de utilização Turbohaler	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Segurar o inalador na posição vertical com a base para baixo e o bucal para cima		
Retirar a tampa do bucal, desenroscando-a		
Rodar a base do dispositivo até ao limite e fazê-la voltar a posição inicial até ouvir um “click”		
Expirar tanto quanto for confortavelmente possível, com o inalador afastado da boca		
Colocar o inalador na posição horizontal		
Colocar o bucal entre os lábios, ajustando-os bem a este		
Inspirar profundamente pela boca		
Retirar o Inalador da boca e suspender a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		
Expirar com o inalador afastado da boca		
Colocar a tampa no inalador e guardar em local seco		
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos os passos até aqui		
Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		
Identificar as doses disponíveis no inalador		
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois		



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

DGS (2013). Utilização de dispositivos simples em aerossoloterapia. Ministério da Saúde.

Global Initiative for Asthma. (2014). Livro de bolso para tratamento e prevenção da asma. GINA.

### **Apêndice III – Folhetos Inaladores**

## **INALADOR PRESSURIZADO**

1. Remover tampa
2. Agite o inalador na posição vertical e aqueça-o entre as mãos



3. Efetue uma expiração lenta e profunda
4. Coloque o inalador na boca e sele os lábios à sua volta, com a embalagem na posição vertical (em forma de L)
5. Inale lentamente através da boca pressionando o inalador ao mesmo tempo (apenas faça pressão uma vez para libertar uma dose de medicação)



6. Continue a inalar lenta e profundamente enchendo os pulmões de ar
7. Mantenha cerca de 10 segundos esta inspiração máxima para a medicação ter tempo de chegar aos pulmões e no fim realize uma expiração força-

## **INALADOR PRESSURIZADO COM CÂMARA EXPANSORA**

1. Remover tampas
2. Agite o inalador e conecte-o à câmara expansora mantendo-o direito
3. Efetue uma expiração lenta e profunda
4. Coloque a câmara na boca entre os dentes e sele os lábios à volta da peça bucal
5. Pressione o inalador uma vez
6. Inspire lenta e profundamente pela boca
7. Mantenha cerca de 10 segundos esta inspiração máxima para a medicação ter tempo de chegar aos pulmões
8. Se lhe for difícil efectuar uma inspiração profunda e mantida, respire normalmente inspirando e expirando através do dispositivo 5 a 10 vezes seguidas.
9. Repita os passos 4, 5, 6, 7 e 8 para posteriores inalações ou "puff", caso estejam prescritos, aguardando cerca de 30 segundos a 1 minuto entre elas.

## TÉCNICA DE INALAÇÃO

COM

**“DISKUS” e “RELVAR”**

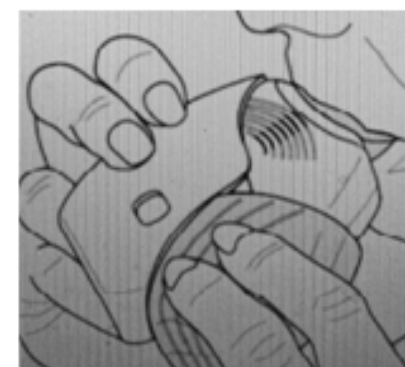


1. Segure o disco com uma mão e coloque o polegar da outra mão na reentrância, deslizando para a direita o mais possível até ouvir um “click”.



2. Efetue uma expiração lenta e profunda

3. Coloque o bocal nos lábios e inale rápida e profundamente.



4. Mantenha cerca de 10 segundos esta inspiração máxima para a medicação ter tempo de chegar aos pulmões e posteriormente, liberte o ar lentamente.

5. Rode a tampa do polegar para a esquerda até ouvir um “click”.

6. Repita os passos 1, 2, 3, 4 e 5 para administração de uma segunda inalação, caso esteja prescrito. Espere entre 30 segundos a 1 minuto para a realização da segunda inalação.

# **TÉCNICA DE INALAÇÃO**

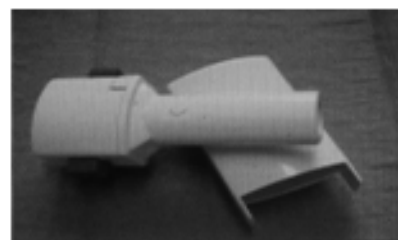
## **COM**

## **INALADORES**

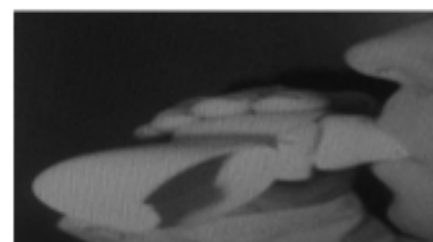
## **COM**

## **CÁPSULAS EM PÓ**

1. Abra o dispositivo
2. Coloque uma cápsula no dispositivo e feche



3. Segure o dispositivo direito e pique a cápsula carregando no ou nos botões laterais (uma vez e liberte)
4. Efetue uma expiração lenta e profunda
5. Coloque o bocal nos lábios e realize uma inalação rápida e vigorosa pela boca (a cápsula vibra)



6. Mantenha cerca de 10 segundos esta inspiração máxima para a medicação ter tempo de chegar aos pulmões e posteriormente, liberte o ar normalmente
7. Abra o dispositivo novamente. Tire a cápsula usada (verifique se está picada e vazia). Se lhe tocar não toque nos olhos e lave bem as mãos.
8. Repita os passos 2, 3, 4, 5, 6 e 7 para administração de uma segunda inalação caso tenha sido prescrita. Espere entre 30 segundos a 1 minuto entre cada inalação.

Nota: Na inalação com corticoides, lave a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deite fora.



## TÉCNICA DE INALAÇÃO

COM

**"TURBOHALER"**



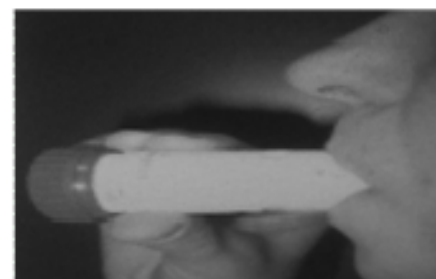
1. Desenrosque a tampa e seguro o dispositivo direito

2. Rode a base duas vezes em ambos os sentidos, até ao limite para carregar a primeira dose. Nas restantes vezes, roda-se apenas uma vez a base em ambos os sentidos até ouvir um "click".



3. Efetue uma expiração lenta e profunda

4. Coloque o bocal na boca e sele os lábios à sua volta. Proceda a uma inspiração rápida e profunda pela boca



5. Mantenha cerca de 10 segundos esta inspiração máxima para a medicação ter tempo de chegar aos pulmões e posteriormente liberte o ar lentamente

6. Repita os passos 2, 3, 4 e 5 para uma segunda inalação, caso esteja prescrita.

Nota: Na inalação com corticoides, lave a cavidade bucal e/ou bochechar com água e deite fora.



## TÉCNICA DE INALAÇÃO

COM

**"RESPIMAT"**



1. Na primeira utilização apenas: retire a tampa transparente e coloque o cartucho no dispositivo. Em seguida volte a colocar novamente a tampa e acione o botão de libertação da dose, 4 a 5 vezes, até sair uma "nuvem".



2. Rode a base transparente na direção das setas vermelhas até ouvir um "click" (meia volta).



3. Abra a tampa e coloque o bocal na boca



4. Quando começar a inspirar lentamente, acione o botão de libertação da dose e continue a inspirar lentamente o máximo que conseguir.

5. Sustenha a respiração cerca de 10 segundos e depois expire lentamente.

6. Repita os passos 2, 3, 4 e 5 para a administração de uma segunda inalação, se assim o tiver prescrito.

Nota: tenha em atenção o contador de doses, para aquisição de nova embalagem.



#### **Apêndice IV – Folheto Asma**

## Limpeza de secreções

É através da tosse que se expulsam as secreções (expectoração) e desta forma se limpam as vias respiratórias.

No caso de ter tosse e para que esta seja eficaz, siga as seguintes instruções:



- Sente-se direito e inspire lenta e profundamente pelo nariz. O abdómen deve aumentar de volume.
- Liberte o ar com força em dois movimentos de tosse seguidos.
- Faça este exercício 3 a 4 vezes por dia, meia hora antes das refeições e ao deitar.



Existem diversos estádios de gravidade de asma (desde as formas ocasionais e esporádicas, até às formas crónicas) em que ocorre períodos frequentes de estabilidade clínica, de maior ou menor duração.

Para isso é fundamental:

- Manter níveis normais de atividade incluindo o exercício físico e respiratório
- Cumprir o plano terapêutico instituído

Para Evitar:

- ⇒ Sintomas crónicos;
- ⇒ Crises de asma
- ⇒ Redução da necessidade de observação de urgência

## Quando Consultar o seu Médico ou Enfermeiro?

- Se tiver qualquer dúvida sobre a sua doença, tratamento ou sobre a forma de utilizar os inaladores.
- Quando, apesar do tratamento habitual, não sente melhora, por mais de dois dias.
- Quando se cansar muito com os exercícios respiratórios.
- Quando se tornar mais difícil expulsar as secreções.
- Quando as secreções se tornarem amareladas ou esverdeadas
- Se durante vários dias teve de utilizar com mais frequência a medicação de SOS

Dirija-se a um serviço de urgência quando:

- \* A crise não for aliviada com os inaladores,;
- \* Apresentar uma crise de dificuldade respiratória, acompanhada de dificuldade em falar.
- \* Sentir mais cansaço e angústia por não poder respirar
- \* Se os seus lábios, língua e pontas dos dedos ficarem de cor azulada

Realizado por: Ana Filipa Serra,  
aluna da Especialidade Enf. De Reabilitação, ESEL

Orientada por: Elisabete Amaral  
Enfª Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE

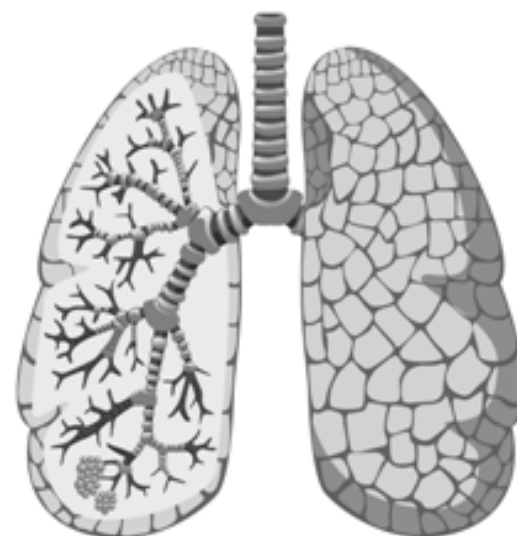


HSM



HPV

# ASMA



Serviço de Pneumologia — Piso 8  
Hospital Santa Maria

## O que é a Asma?

É uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que se manifesta por obstrução à passagem de ar, com tosse (que pode ou não ser acompanhada de expectoração—catarro), falta de ar, aperto e chiado no peito. Estes sinais e sintomas ocorrem particularmente à noite e pela manhã ao acordar.

### SINTOMAS TÍPICOS



Piçora

Tosse com agravamento noturno  
Dificuldade respiratória recorrente  
Aperto torácico recorrente

## CINESITERAPIA RESPIRATÓRIA

### O Que Deve Fazer?

#### Exercícios para o controlo da Respiração

Para a realização desta técnica, deve inspirar lentamente pelo nariz, como se estivesse a “cheirar uma flor” e em seguida expirar lentamente pela boca, como se estivesse a “soprar uma vela”.

Deverá continuar aplicar esta técnica respiratória, nos restantes exercícios.



#### Exercício Deitado com a barriga para cima

Pernas ligeiramente fletidas com uma almofada debaixo dos joelhos. Coloque um saco de 1kg (por exemplo uma embalagem de arroz ou sal) na barriga e respire, elevando-o na inspiração e deixando-o baixar na expiração.



Coloque uma almofada na cabeça, segure um cabo de vassoura ou bengala. Encha o peito de ar lentamente pelo nariz enquanto levanta os braços, depois à medida que os baixa sobre lentamente.



### De Lado Direito

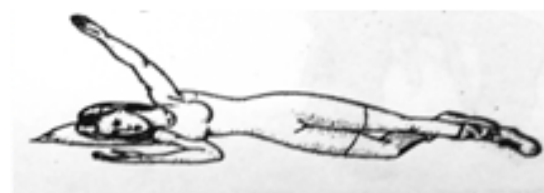
Coloque as pernas fletidas com os joelhos próximos da barriga, enquanto que os dois braços devem ficar juntos como se estivesse a “rezar”. Respire para a barriga pelo nariz e sobre lentamente pela boca.

Repita o mesmo procedimento de Lado Esquerdo.



Almofada na cabeça, perna direita fletida e a esquerda esticada. Encha o peito de ar lentamente pelo nariz, enquanto levanta o braço e sobre lentamente pela boca à medida que o vai baixando.

Repita o mesmo procedimento de Lado Esquerdo.



De Lado Direito Ligeiramente Inclinado para Trás, coloque uma almofada na cabeça e outra atrás das costas, perna direita fletida e a esquerda esticada. Encha o peito de ar pelo nariz lentamente e posteriormente sobre lentamente pela boca.

Repita o mesmo procedimento de Lado Esquerdo.



Repita estes exercícios tantas vezes quanto lhe for possível!!!!  
Não se esqueça, pratique todos os dias!!!!!!

- Ácaros
- Alterações temperatura
- Poluição
- Exercício físico intenso
- Ingestão de alguns alimentos/ medicamentos
- Pelos de animais
- Humidade e bolor
- Pó
- Pólen
- Fumo do tabaco
- Choro violento/ riso descontrolado
- Tintas, vernizes e outros produtos químicos de cheiro intenso



## **Apêndice V – Folheto Artroplastia Anca**

# Recomendações a Ter

Tenha sempre a perna operada o mais esticada e direita possível.



Ao curvar-se, nunca dobre a perna mais do que 90°.



Se necessitar de usar os transportes públicos sente-se sempre.



Quando andar de carro prefira o lugar do passageiro e tenha os pés com espaço livre à volta, para não baterem em nada caso haja uma travagem brusca.



Mantenha uma almofada entre as pernas enquanto dorme para não rodar a perna sem querer.

# O Que Não Deve Fazer a Partir de Agora

- Cruzar as per



- Rodar a perna operada para dentro;
- Passar a perna operada para o outro lado do corpo;
- Fazer viagens prolongadas e em estradas com piso irregular ou com muita inclinação;
- Debruçar-se ou dobrar a perna operada acima do nível da anca (mais de 90°)



- Transportar pesos;
- se precisar de carregar alguma coisa, divida sempre o peso pelos dois braços e NUNCA ultrapasse os 5 Kg;
- Levar Injecções na nádega do lado operado

## COMUNIQUE AO SEU ENFERMEIRO SE APRESENTAR:

- Dor aumentada;
- Dificuldade em mexer a perna;
- Perna mais curta;
- Posição anormal da perna;
- Qualquer infeção (respiratória, urinária, ...)

# Protese Total da Anca

# Cuidados a Ter



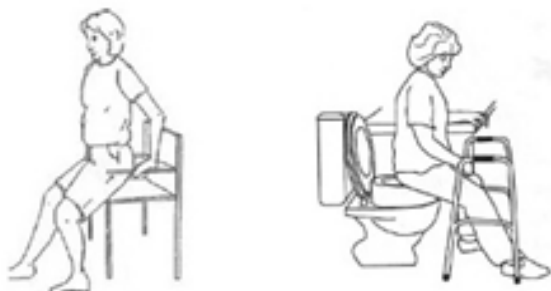


## Agora que Regressou a Casa...

A colocação de uma Prótese Total da Anca não é incapacitante. Poderá continuar a ter um dia-a-dia normal, tendo apenas alguns cuidados com a prótese. Este pequeno manual vai ajudá-lo/a na realização das atividades básicas do seu dia-a-dia.

### Levantar/Sentar de cadeiras/sanita

Mantenha a perna operada esticada e apoie-se com as mãos para se sentar. As cadeiras não devem ser muito baixas.



### Vestir/Despir calças, sapatos, cuecas, meias.

Apoiar o joelho do lado operado numa cadeira, sem carregar e vestir a peça desse lado. Depois apoiar o joelho não operado na cadeira fazendo carga nesse mesmo joelho e vestir esse lado. Du utilize uma pega comprida. Nunca se agache para vestir estas peças de roupa



### Entrar/Sair da cama

Não cruzar as pernas nem dobrar demasiado a anca. Manter as pernas afastadas. Para entrar para a cama, sente-se primeiro na cama do lado da perna operada; suba primeiro a perna não operada sem se apoiar na perna operada e depois suba a outra perna. Para sair da cama mantenha as pernas afastadas e saia para o lado não operado. Se tiver que sair para o lado operado, mantenha igualmente as pernas afastadas (pode colocar uma almofada) e rode as pernas para fora da cama.



### Subir/Descer escadas

**Subir** – Colocar a perna não operada na escada acima, depois as canadianas e por fim a perna operada.



**Descer** – Colocar as canadianas na escada abaixo, depois a perna operada e por fim a não operada

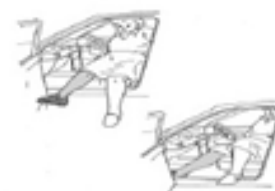


### Entrar/ Sair Carro

Ao entrar e sair do carro, tenha atenção para não rodar a perna para dentro ou passá-la para o outro lado do corpo;



Entrar



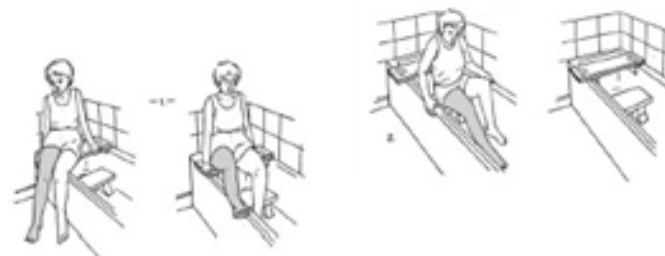
Sair

### Higiene

**Banheira** – poderá adaptar uma taboa para se sentar, ou um banco.

**Chuveiro** – pode adaptar um banco ou apoio. Se tomar banho de pé não se apoie na perna operada.

Tenha cuidado ao entrar e sair da banheira; use sempre um tapete antiderrapante e um apoio para se segurar;



## **Apêndice VI – Formação de VNI**

# VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA



Ana Filipa H. de Oliveira Serra

Loures, Janeiro de 2017

## Objectivos

- Definir VNI
- Identificar principais objectivos, vantagens, desvantagens, indicações, contra-indicações e factores preditivos de sucesso da VNI
- Reconhecer as modalidades de VNI
- Reconhecer os diferentes interfaces
- Compreender os efeitos fisiológicos da VNI
- Identificar principais cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de VNI



- 1- Definição
- 2- Objectivos
- 3- Indicações
- 4- Contra-Indicações
- 5- Vantagens
- 6- Desvantagens
- 7- Complicações
- 8- Factores Preditivos de Sucesso
- 9- Modos Ventilatórios
- 10- Interfaces
- 11- Efeitos Fisiológicos da VNI
- 12- Limpeza do Aparelho
- 13- Cuidados de Enfermagem e Enfermagem Reabilitação

## Sumário

# Ventilação Não Invasiva

**Ventilação Não Invasiva (VNI) consiste na aplicação de um suporte ventilatório através de uma máscara, sem necessidade de recorrer-se a métodos invasivos da via aérea.**

# 1- Objectivos

- Melhorar/ manter trocas gasosas
- Diminuir o trabalho respiratório
- Alívio de sintomas
- Diminuir a dispneia
- Repousar os músculos respiratórios
- Evitar a EOT

# 2- Indicações

- Exacerbações agudas da DPOC
- Falência Respiratória Aguda
- Falência Respiratória Crónica
- Hipoxémia
- Falência Respiratória no Pós-Operatório
- Imunocomprometidos
- Hipercápnia, deformações torácicas secundárias, cirurgia torácica, toracoplastia e patologias neuromusculares

- Síndrome de Obesidade  
Hipoventilação
- Apneia do Sono
- Hipoventilação noturna
- Fibrose Quística
- Asma
- Dificuldade de desmame ventilatório
- Complicações na Pós-extubação
- EAP
- Doentes com contra-indicação para EOT

### 3- Contra-Indicações

- Coma/ alterações graves do estado de consciência
- Risco de aspiração
- Instabilidade hemodinâmica (choque, isquemia aguda, arritmias graves)
- Traumatismo face/ nariz
- Incapacidade de eliminar secreções, secreções excessivas e tosse persistente
- Hemorragias gastrointestinais
- Doentes poucos colaborantes e agitação
- Angor ou EAM
- Doentes sem autonomia para remover a máscara
- Encefalopatia grave
- Obstrução da via aérea
- Pneumotorax não drenado

### 4- Vantagens

- Segura, eficaz e mais confortável que a ventilação invasiva
- Pode ser usada de forma intermitente, sendo de fácil aplicação e remoção
- Possibilita a preservação da fala, deglutição, tosse e expectoração
- Menos incidência de traumas associada à VM
- Evita a EOT e suas complicações
- Mantém e preserva os mecanismos de defesa da via aérea

## 5- Desvantagens

- **Necessidade de colaboração do doente**
- **Desconforto na adaptação máscara/ doente**
- **Experiência e dedicação de tempo por parte da equipe**
- **Lesões cutâneas**
- **Risco de vômito aspiração**
- **Fugas de ar**
- **Necessidade de manter volumes constantes**

## 5- Desvantagens (cont.)

- **Alterações gasimétricas mais lentas**
- **Aspiração de secreções dificultada**
- **Secura das mucosas**
- **Exige acesso direto às vias aéreas**
- **Intolerância do doente**
- **Aumenta o tempo de prestação de cuidados**
- **Distensão abdominal**

## 6- Complicações

- **Necrose da pele da face**
- **Distensão gástrica**
- **Atelectasias**
- **Disritmias**
- **Retenção de secreções**
- **Irritação ocular**
- **Secura das mucosas oral e nasal**
- **Pneumonia de aspiração**

## 7- Factores Preditivos de Sucesso

- **Início atempado**
- **Abordagem ao doente adequada**
- **Equipamento e local apropriado**
- **Equipas treinadas**
- **Interfaces adequados e confortáveis**
- **Estado clínico de menor gravidade**

- **Poucas secreções**
- **Idade**
- **Cooperação do doente**
- **Melhor score neurológico**
- **Boa adaptação ao interface**
- **PaCO<sub>2</sub> »45mmHg e «92mmHg**
- **pH «7,35 e »7,0**

## 8- Ventiladores

**Volumétricos**



**Pressurizados**



## 9- Modos Ventilatórios

**BiPAP**

**CiPAP**

# BiPaP

- 2 níveis de pressão (EPAP e IPAP)
- Proporciona uma pressão positiva nas vias aéreas
- Aumento o resíduo funcional, evitando o colapso Dos alvéolos durante a expiração
- Reduz o trabalho respiratório
- Aumento o volume corrente espontâneo
- Menores consequências hemodinâmicas e barotrauma
- IPAP»EPAP

# BiPaP

## EPAP

- Deve ser superior ao PEEP intrínseco (iniciar entre 4-0 cmH<sub>2</sub>O)
- Variar entre 4-10cmH<sub>2</sub>O
- Previne a reinalação CO<sub>2</sub>
- Estabiliza as vias aéreas superiores
- Recruta alvéolos
- Reduz o risco de atelectasias

## IPAP

- Gera volume corrente de 6 a 8ml/Kg e FR»30cpm
- Pode variar entre 8-40cmH<sub>2</sub>O
- Reduz o trabalho respiratório
- aumento o V<sub>c</sub>
- Diminui a PCO<sub>2</sub>
- Aumenta a PaO<sub>2</sub>

# CPAP

- **Presença de fluxo contínuo nas vias aéreas, sendo a pressão positiva em todo o ciclo respiratório**
- **O trabalho respiratório é realizado em exclusivo pelo doente**
- **Não ocorre um aumento de ventilação alveolar, pelo que não é eficaz na correção da hipercápnia**
- **Valores mínimos de 6cmH<sub>2</sub>O (garantir benefícios hemodinâmicos e respiratórios) 6-14cmH<sub>2</sub>O**
- **IPAP - EPAP**

## 10- Interfaces

### Nasais



### Oro Nasal



### Facial Total



### Helmet





## 11- Efeitos Fisiológicos VNI

### HEMODINÂMICOS

- Diminui o DC
- Aumenta o desempenho do VE
- Diminui a pré-carga – diminui o retorno venoso
- Diminui o pós-carga – favorece a contractilidade cardíaca

VASODILATADOR

### RESPIRATÓRIOS

- Diminui a FR
- Diminui a PaCO<sub>2</sub>
- Diminui a pressão transpulmonar
- Diminui o trabalho respiratório
- Aumenta o VC
- Melhora a ventilação alveolar

## 12- Limpeza do Aparelho

**Aparelho** — Limpar externamente com um pano húmido e sem produtos químicos. Deixar secar antes de utilizar. Manter o aparelho (ventilador) junto à cabeceira da cama em lugar seco e arejado

**Filtro** — Deve-se lavar 1 vez por mês com água morna, sabão rosa em barra e secar bem antes de voltar a colocar Deve-se trocar de 6 em 6 meses

**Mascara e Acessórios** — Deve-se desmontar completamente e semanalmente lavar todas as peças com água morna e sabão em barra. Limpar com pano sem pelos

**Tubo** — Não necessita de qualquer desinfecção

## 13- Cuidados de Enfermagem

- Montar e testar adequadamente o sistema
- Proceder à escolha do interface que mais se adequa à pessoa
- Explicar o procedimento à pessoa de forma a obter a sua colaboração
- Aliviar as zonas de maior pressão
- Verificar se máscara se encontra bem adaptada e presença de fugas de ar
- Tranquilizar e ajudar a pessoa a sincronizar-se com o ventilador
- Despistar sinais de insuficiência respiratória
- Vigiar alterações do estado de consciência
- Vigiar alterações da integridade cutânea
- Realizar higiene e hidratação da mucosa oral, nasal e ocular
- Vigiar aparecimento de distensão gástrica, náuseas e vômitos

## 13- Cuidados de Enfermagem Reabilitação

- Reduzir medo e ansiedade
- Diminuir trabalho respiratório promovendo posicionamentos de descanso e relaxamento, através de massagem de relaxamento ao nível dos músculos acessórios da inspiração e mobilização da cintura da escapular
- Melhorar trocas gasosas através do posicionamento, dissociação e controle dos tempos respiratórios
- Estimular a pessoa para "tosse eficaz" sem a VNI
- Realizar higiene brônquica e aspiração de SB sempre que necessário
- Realizar cinesiterapia respiratória
- Corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas

# Bibliografia

- Cortéz, E.B., Gómez, E.S. (2008). Ventilacion mecanica no invasiva. Barcelona: Editora Respira
- Felgueiras, J. et al (2009). Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina de Interna, 13, 73-78
- Ferreira, S. et al (2009). Ventilação não invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia, 4, 655-665.
- Sousa, P. (2006). Patient safety. A necessidade de uma estratégia nacional. Acta Médica Portuguesa, 19, 309-318.
- Magano, C. et al (2007). Ventilação não invasiva. Revista Sinais Vitais, 72, 13-19.

**Apêndice VII – Plano de Cuidados Sr<sup>a</sup> M.L. - ECCI**

# Plano de Cuidados Sr<sup>a</sup> M.L. ECCI

## **1. IDENTIFICAÇÃO e INFORMAÇÕES GERAIS**

**Nome:** M.L.

**Idade:** 63 anos

**Estado Civil:** Viúva

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Morada:** Bucelas

**Profissão:** Doméstica (reformada)

**Contacto:** Filha

**Data de Admissão na ECCI:** 6/12/16

## **2. PLANO TERAPÊUTICO**

- Enoxaparina (SC) 40mg x1dia
- Paracetamol 1 comprimido SOS dor até 8/8h
- Amlodipina 5mg/dia
- Perindopril 4mg/dia
- Bisoprolol 2,5mg/dia

## **3. HISTÓRIA CLÍNICA**

### **3.1- Antecedentes Pessoais**

Possui como antecedentes pessoais hipertensão arterial, insuficiência venosa do reto e neoplasia do reto operado em 2015 no HSM, encontrando-se desde então com colostomia definitiva.

### **3.2- Antecedentes Familiares**

Nega antecedentes familiares de relevância.

### **3.3- História de Saúde Atual**

Nos últimos anos de acordo com a Sr<sup>a</sup> M.L. não sabendo especificar quantos, começou apresentar dismetria nos MI com encurtamento do MID, motivo pelo qual já tinha tido consulta de Ortopedia e aguardava chamada para cirurgia. Deambulava até então sem qualquer apoio de ortótese.

A 27/11/16 recorreu ao SU do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), após queda da qual resultou fratura pertrocanterica do fémur esquerdo, tendo sido submetida nesse mesmo dia a cirurgia: encavilhamento cefalomedular estático. Cirurgia e pós operatório sem intercorrências.

Iniciou precocemente reabilitação com fisioterapeuta no internamento, tendo sido descrito em nota de alta:

- Realiza treino da posição de pé com apoio de andarilho e apoio lateral, verificando-se dismetria com diminuição do comprimento do MID pelo que não realiza totalmente carga parcial no MIE.
- Treino de marcha com andarilho, aumento da distância percorrida com o mesmo padrão de marcha por dismetria dos MI.

### **3.4- Caracterização das Condições Habitacionais**

A Sr<sup>a</sup> M.L. reside sozinha. A sua casa possui boas condições habitacionais, apenas de um andar, não apresentando qualquer risco acrescido para a sua mobilização.

Vive numa moradia germinada constituída por 2 andares, sendo que no 1º andar, reside a sua filha que é sua cuidadora e numa habitação ao seu lado reside a sogra, que também é sua cuidadora.

### **3.5.- Avaliação Física e Comportamental (Data de Avaliação: 6/12/16)**

Exibe uma idade aparente que corresponde à sua idade cronológica. Segundo ela, costumava caracterizar-se uma pessoa bem disposta, mas atualmente e encontra-se com humor deprimido, devido à sua situação clínica e dificuldade na mobilização.

## **4- Avaliação de Acordo com o Modelo de Calgary**

### **4.1- Estrutura Interna**

Reside sozinha na sua casa em Bucelas sendo o seu agregado familiar constituído apenas por si.

Possui dois filhos, V. de 42 anos que é sua vizinha, residindo no 1º andar da sua moradia e N. de 46 anos que reside em Mafra, sendo a sua filha V. a sua principal cuidadora, a par da sua sogra de 86 anos que reside numa casa ao lado da sua.

Os vínculos familiares são fortes, evidenciados pelo carinho que a Sr<sup>a</sup>L.M. fala e demonstra e sobre a sua família e da disponibilidade demonstrada pela sua sogra, filhos, genro, nora e neta que a ajudam e visitam frequentemente.

#### **4.2- Estrutura Externa**

Atendendo à estrutura externa podemos considerar a nora, genro e netos, com quem tem uma boa relação e uma ligação afetiva já por diversas vezes demonstrado.

Relativamente aos sistemas mais amplos, considera-se uma pessoa sociável, pelo menos até ao acidente. Possui ainda outras estruturas de suporte, nomeadamente os enfermeiros da ECCI e uma instituição de solidariedade social (IPSS) local, que lhe presta os cuidados de higiene e realiza transferência para cadeirão. É ainda seguida na consulta de Ortopedia no HBA e oncologia no IPO de Lisboa.

Utente e família demonstra interesse em ingresso numa unidade de cuidados de reabilitação, para uma melhor e mais rápida recuperação, sendo iniciada a 6/12/16 respetiva referenciação pela equipa de ECCI.

#### **4.3- Contexto**

Todos os elementos são de raça caucasiana e nacionalidade portuguesa. É católica e até ao acidente ia à missa regularmente.

Relativamente ao rendimento, a Sr<sup>a</sup> M.L. auferia mensalmente um valor superior ao ordenado mínimo, tratando-se da conjugação da sua pensão social do regime não contributivo com a do esposo.

#### **4.4- Domínio do Desenvolvimento**

A Sr<sup>a</sup>M.L. encontra-se na última fase da vida familiar, aceita as suas patologias e compreende-as bem, tendo procedido a alterações e adaptações no seu estilo de vida. Diz que está satisfeita com a sua relação com os filhos, nora, genro e neta.



#### **4.5- Domínio Instrumental**

##### **Funcionalidade Instrumental**

Atualmente encontra-se com limitação na sua funcionalidade devido à cirurgia recente e à patologia osteoarticular na articulação coxo-femural direita. Encontra-se restrita ao leito, mobilizando-se no leito com ajuda parcial. Contudo, apesar de continente, utiliza fralda para urinar por se encontrar restrita ao leito. Independente nos cuidados à sua colostomia.

##### **Funcionalidade Expressiva**

A Srª M.L. encontra-se orientada nas vertentes halopsíquica e autopsíquica, é muito comunicativa, bem-disposta e expressiva. Educada e adequada no contacto. Neste item, torna-se relevante avaliar o APGAR familiar, que no caso citado apresenta um score de 10 o que corresponde a uma família altamente funcional.

#### **5. HISTÓRIA DE SAÚDE – AVALIAÇÃO INICIAL (6/12/16)**

##### **Respirar**

Nega hábitos tabágicos.

A Srª M.L. encontra-se eupneica, 18-21cpm, apresentando respiração mista de média amplitude, SpO2»98% a ar ambiente.

Apresenta expansibilidade simétrica à palpação torácica. Sem deformações nem assimetrias no que concerne à morfologia torácica e sem cicatrizes abdominais ou torácicas.

Auscultação pulmonar murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares.

##### **Comunicar**

Encontra-se consciente, calma e comunicativa quando abordada, orientada no tempo, espaço e pessoa, encontrando-se com humor deprimido devido à sua situação clínica e referindo incapacidade de mobilizar os MI, considera-se no entanto uma mulher de muita coragem e força, tentando se focar nisso quando se sente mais deprimida.

Mantém-se muito comunicativa. Recebe visitas de amigos e também comunica por telefone com amigos e familiares.

### **Manter um ambiente seguro**

Reside no rés de chão de uma moradia germinada, não tendo escadas no domicílio e com boas condições de salubridade. Possui água, eletricidade, gás e esgotos.

Reside sozinha mas atualmente encontra-se com apoio da sua sogra e filha.

Nega hábitos toxicómanos.

### **Comer e Beber**

Sem restrições alimentares e sem alergias alimentares. Habitualmente realiza 4 a 5 refeições diárias, alimentando-se bem às principais refeições, praticando uma dieta equilibrada

Nega hábitos etanólicos.

É a sua sogra quem cozinha as refeições neste momento.

### **Mover-se**

Encontra-se acamada, recebe apoio de uma IPSS local para os cuidados de higiene no leito e que realiza transferência para cadeira de rodas de manhã, regressando à tarde para nova transferência para a cama.

Apresenta força mantida nos MS e dismetria calcânhar joelho no MID, devido a alteração osteoarticular da articulação coxo-femural que aguardava cirurgia, e que lhe provocava dificuldade e desequilíbrio na marcha, não tendo recorrido a dispositivos auxiliares por desconhecimento.

### **Higiene Pessoal e Vestir-se**

Apresenta bons cuidados de higiene.

Recebe apoio de uma IPSS local para os cuidados de higiene que estão a ser realizados no leito.

### **Eliminar**

Apresenta controlo de esfíncter urinário, no entanto encontra-se a urinar para fralda, recebendo ajuda da filha e sogra para a sua troca.  
Independente nos cuidados à colostomia.

### **Trabalhar e Divertir-se**

Encontra-se reformada, antes do acidente passava o dia a cuidar da sua casa, animais e horta.

Não foram colhidos dados sobre esta AVD.

### **Morrer**

Refere ainda “ter muita vida pela frente”.

## REQUISITOS RELACIONADOS AO AUTOCUIDADO UNIVERSAL

<b>Requisito de Autocuidado</b>	<b>Padrão Habitual de Autocuidado</b>	<b>Padrão Atual de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
<b><u>Manutenção de Respiração Eficaz</u></b>	Agente de autocuidado neste requisito	Respiração mista de média amplitude	
<b><u>Ingestão Adequada de Alimentos e Líquidos</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito.  Desconhece alergias. Ingeria pouca água. Emagrecido	Come de forma autónoma sem necessidade de ajuda.  Alimentação confeccionada pela sogra.	
<b><u>Eliminação Vesical</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Urina espontaneamente na fralda apresentando controlo de esfíncter	Sistema apoio educação  Sistema parcialmente compensatório
<b><u>Eliminação Intestinal</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Mantém padrão de fezes pastosas pela colostomia, sendo autónoma nos seus cuidados	
<b><u>Equilíbrio entre os Períodos de Atividade e Descanso</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Passa a maior parte do seu dia na cama	Sistema Apoio-Educação
<b><u>Equilíbrio entre Solidão e Interação Social</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Recebe a visita de família e amigos.  Gosta de ver televisão e ler revistas. Antes do internamento tinha o hábito depois do almoço ir até ao café com um amigo.	
<b><u>Prevenção de Riscos À Vida Humana</u></b>	Agente do autocuidado neste requisito	Apresenta dismetria no calcanhar/ joelho no MID, sem conhecimento de dispositivo de ajuda para compensação	Sistema apoio-educação

<b><u>Promoção do Normal Funcionamento</u></b>	Agente do autocuidado neste requisito	Tem consciência das limitações na sua vida principalmente devido à dismetria que já possuía nos MI's.	Sistema Apoio- educação
--	---------------------------------------	---	----------------------------

### **REQUISITOS DE DESVIO DE SAÚDE**

<b><u>Procurar e Garantir Assistência Médica Adequada</u></b>	Cumpe o esquema de consultas médicas instituídas.
<b><u>Estar Consciente e Atender aos Efeitos e Resultados da sua Doença, incluindo os efeitos decorrentes do Desenvolvimento</u></b>	Demonstra escassos conhecimentos acerca de cuidados a ter após a colocação da PTA.
<b><u>Execução de medidas prescritas pelo médico</u></b>	À cerca de 2 dias que não realiza terapêutica analgésica referindo estar a “tentar aguentar a dor”.  Encontra-se a realizar enoxaparina (SC), que é administrada de forma correta pela sua sogra.

<b>Estado de Consciência (6/12/16)</b>
<p><b>Escala de Glasgow:</b></p> <p><b>Abertura de olhos:</b> (4) Espontaneamente <u>X</u> (3) Por ordem ____ (2) À dor ____ (1) Nula ____</p> <p><b>Resposta Verbal:</b> (5) Orientada <u>X</u> (4) Confusa ____ (3) Delirante ____ (2) Incompreensível ____ (1) Nula ____</p> <p><b>Resposta Motora:</b> (6) Obedece a ordens <u>X</u> (5) Localiza a dor ____ (4) Foge á dor ____ (3) Flexão anormal ____ (2) Em extensão ____ (1) Nula ____</p> <p><b>SCORE: 15</b></p>

## Avaliação Motora

### Avaliação da força muscular:

#### MRCr:

**Grau 0** – Sem contração muscular voluntária;

**Grau 1** – Contração muscular sem movimento;

**Grau 2** – Movimenta mas não vence a gravidade;

**Grau 3** – Vence a gravidade mas não a resistência;

**Grau 4** – Vence alguma resistência;

**Grau 5** – Força normal

6/12/16

### Membro superior Direito:

☞ Ombro (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – **5/5**;

☞ Cotovelo (Flexão/Extensão) - **5/5**;

☞ Punho (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – **5/5**;

☞ Antebraço (Supinação/Pronação) – **5/5**;

☞ Dedos (Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência) – **5/5**.

### Membro inferior Direito:

☞ Ombro (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – **4/5**;

☞ Cotovelo (Flexão/Extensão) - **4/5**;

☞ Punho (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – **4/5**;

☞ Antebraço (Supinação/Pronação) – **4/5**;

☞ Dedos (Flexão/Extensão) – **4/5**.

### Membro superior esquerdo:

☞ Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – **5/5**;

☞ Joelho (Flexão/Extensão) - **5/5**;

☞ Tíbio-társica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – **5/5**;

☞ Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução) - **5/5**.

### Membro inferior esquerdo:

☞ Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – **2/5**;

☞ Joelho (Flexão/Extensão) - **3/5**;

☞ Tíbio-társica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – **3/5**;

☞ Dedos (Flexão/Extensão) - **3/5**.

04/01/17

**Membro superior Direito:**

- ☞ Ombro (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – 5/5;
- ☞ Cotovelo (Flexão/Extensão) - 5/5;
- ☞ Punho (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – 5/5;
- ☞ Antebraço (Supinação/Pronação) – 5/5;
- ☞ Dedos (Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência) – 5/5.

**Membro inferior Direito:**

- ☞ Ombro (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – 4/5;
- ☞ Cotovelo (Flexão/Extensão) - 4/5;
- ☞ Punho (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – 4/5;
- ☞ Antebraço (Supinação/Pronação) – 4/5;
- ☞ Dedos (Flexão/Extensão) – 4/5.

**Membro superior esquerdo:**

- ☞ Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – 5/5;
- ☞ Joelho (Flexão/Extensão) - 5/5;
- ☞ Tíbio-társica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – 5/5;
- ☞ Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução) - 5/5.

**Membro inferior esquerdo:**

- ☞ Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – 4/5;
- ☞ Joelho (Flexão/Extensão) - 4/5;
- ☞ Tíbio-társica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – 4/5;
- ☞ Dedos (Flexão/Extensão) - 4/5.

### **Tónus Muscular:**

#### **Escala Modificada de ASHWORTH**

**(0)** nenhum aumento no tónus muscular;

**(1)** leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão; **(1+)** leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante;

**(2)** aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente;

**(3)** considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil;

**(4)** parte afectada rígida em flexão ou extensão.

**SCORE:0**

Hipotonicidade: **Apresenta ligeira hipotonicidade no MIE, por não mobilizar o membro**

#### **Avaliação da amplitude articular:**

**(6/12/16)**

**apresenta diminuição da amplitude articular no MIE 20º na abdução e 30º na flexão da articulação coxo-femural**

**(4/1/17)**

**Apresenta 40º de amplitude na abdução e 45º na flexão da articulação coxo-femural**



ÍNDICE DE BARTHEL		
ITEMS/ DATA	6/12	4/01
<b>INTESTINO</b>		
Controlo Perfeito 10	<b>10</b>	<b>10</b>
Problemas Ocasionais 5		
Problemas Habituais 0		
<b>BEXIGA</b>		
Controlo Perfeito 10	<b>10</b>	<b>10</b>
Problemas Ocasionais 5		
Problemas Habituais 0		
<b>HIGIENE PESSOAL</b>		
Barba/Dentes/Cabelo/Face 5	<b>0</b>	<b>5</b>
Dependente 0		
<b>USO DA SANITA</b>		
Independente 10	<b>0</b>	<b>10</b>
Ajuda Parcial 5		
Totalmente Dependente 0		
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
Independente 10	<b>0</b>	<b>10</b>
Ajuda Parcial 5		
Totalmente Dependente 0		
<b>TRANSFERÊNCIA DO LEITO –C.R.</b>		
Independente 15	<b>0</b>	<b>10</b>
Ajuda Menor/Verbal 10		
Ajuda Maior 5		
Dependente 0		
<b>MOBILIDADE</b>		
Independente 15		

Ajuda Menor/ Verbal	10	<b>5</b>	<b>10</b>
Ajuda Maior	5		
Impossível	0		
<b>VESTIR</b>			
Independente	15	<b>0</b>	<b>5</b>
Ajuda Moderada	5		
Impossível	0		
<b>ESCADAS</b>			
Independente	15	<b>0</b>	<b>0</b>
Ajuda/Supervisão	5		
Impossível	0		
<b>BANHO</b>			
Independente	15	<b>5</b>	<b>5</b>
Dependente	5		
<b>TOTAL: (0-100)</b>		<b>30</b>	<b>75</b>

Avaliação da Qualidade de Vida – EURO QOL			
Assinale com uma cruz (assim ☒), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje			
	Percepção que tinha antes do internamento	Momento da avaliação	Momento Da Alta
<b>Mobilidade</b>			
Não tenho problemas em andar	1	1	1
Tenho alguns problemas em andar	2	2	2
Tenho de estar na cama	3	3	3
<b>Cuidados pessoais</b>			
Não tenho problemas em cuidar de mim	1	1	1

Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	2	2	2
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	3	3	3
<b>Actividades habituais (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)</b>			
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	1	1	1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	2	2	2
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	3	3	3
<b>Dor / Mal-estar</b>			
Não tenho dores ou mal-estar	1	1	1
Tenho dores ou mal-estar moderados	2	2	2
Tenho dores ou mal-estar extremos	3	3	3
<b>Ansiedade / Depressão</b>			
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	1	1	1
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	2	2	2
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	3	3	3
<b>Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:</b>			
Melhor	1	1	1
Igual	2	2	2
Pior	3	3	3

ÍNDICE DE TINETI		
EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA	6/12/16	4/1/17
<b>1. EQUILÍBRIO SENTADO</b> 0 – inclina – se ou desliza na cadeira 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2– estável, seguro	2	2
<b>2. LEVANTAR –SE</b> 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa 3– capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	1	3
<b>3. EQUILIBRIO IMEDIATO</b> (primeiros 5 segundos) 0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se) 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	1	1
<b>4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b> 0 – instável 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados >10cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio 2– pés próximos e sem ajudas	0 (dismetria no MID)	0/ 1 (dismetria no MID)
<b>5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b> (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno) 0 – começa a cair 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2– estável	0	0 (devido a dismetria ainda não corrigida,

		necessita de andarilho)
<b>6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b> 0– instável 1– estável	1	1
<b>7. VOLTA DE 360º (2vezes)</b> 0- instável (agarra – se, vacila) 1– estável, mas dá passos descontínuos 2– estável e passos contínuos	0	1 (com recurso a andarilho devido a dismetria)
<b>8. APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável) 0 –não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto 1– aguenta 5 segundos de forma estável	0	0
<b>9. SENTAR-SE</b> 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso 2 – seguro, movimento harmonioso	1	2
<b>PONTUAÇÃO</b>	6	10/11
<b>EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA</b>	6/12/16	4/1/17
<b>10. INÍCIO DA MARCHA</b> (imediatamente após o sinal de partida) 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – sem hesitação	0	1(recurso a andarilho)
<b>11. LARGURA DO PASSO</b> (pé direito) 0– não ultrapassa à frente do pé em apoio 1– ultrapassa o pé esquerdo em apoio	0	1
<b>12. ALTURA DO PASSO</b> (pé direito) 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo	0	1

1– o pé direito eleva-se completamente do solo		
<b>13. LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo) 0– não ultrapassa à frente do pé em apoio 1– ultrapassa o pé direito em apoio	0	1
<b>14. ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo) 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1– o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	0	1
<b>15. SIMETRIA DO PASSO</b> 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico 1– comprimento do passo aparentemente simétrico	0	1
<b>16. CONTINUIDADE DO PASSO</b> 0 – pára ou dá passos descontínuos 1 – passos contínuos	0	1
<b>17. PERCURSO DE 3m</b> (previamente marcado) 0 – desvia-se da linha marcada 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – sem desvios e sem ajudas	0	1
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b> 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	0	0(utiliza andarilho para marcha por apresentar dismetria no MID, apresentando na marcha ligeira inclinação do tronco para o lado da dismetria))
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	1	0

0 – calcanhares muito afastados		
1 – calcanhares próximos, quase se tocam		
<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>18/19</b>

### ESCALA DE MORSE

6/12/16

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

4/1/17

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

## PLANO DE CUIDADOS

Nome: M.L.

Idade: 63 anos

Data do Internamento: 6/12/2016

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
Início: 6/12/16	Conhecimento não demonstrado sobre regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar e esclarecer sobre a PTA</li> <li>• Proporcionar um ambiente favorável à relação de ajuda com o Sr. P. para que este expresse as suas dúvidas e receios;</li> <li>• Informar e esclarecer a Sr. M.L. de todas as ações e procedimentos que se irão realizar e a sua finalidade;</li> <li>• Avaliar conhecimentos que possui acerca de regime medicamentoso</li> <li>• Informar sobre importância da terapêutica analgésica para o processo de reabilitação</li> <li>• Informar sobre cuidados a ter devido à sua PTA:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- abdução do MIE</li> <li>- utilização de almofada em laterais</li> <li>- não cruzar os MI's</li> </ul> </li> <li>• Providenciar material educativo</li> </ul>	<p>6/12/16</p> <p>A Srª M.L. à cerca de 2 dias que não faz terapêutica analgésica em presença de dor "tentando aguentar".</p> <p>Não demonstra conhecimentos sobre cuidados a ter devido a sua PTA e posicionamentos.</p> <p>9/12/16</p> <p>A cumprir esquema terapêutico sem dor. Reforçado ensinios sobre cuidados a ter.</p>



			<p>Tem utilizado almofada no meio dos MI's quando se encontra em laterais no leito.</p> <p>15/12/16</p> <p>Doente a cumprir de forma correta o regime terapêutico e cuidados a ter com os posicionamentos devido a sua PTA.</p>
--	--	--	---

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AValiação
Início: 6/12/16	Conhecimento sobre técnica de exercícios muscular e articulares não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de exercícios musculares e articulares</li> <li>- Ensinar sobre técnica de exercícios muscular e articulares</li> <li>- Instruir exercício de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- flexão/ extensão plantar</li> <li>- flexão/ extensão do joelho</li> <li>- flexão/ extensão da anca</li> <li>- abdução/ adução da anca</li> </ul> </li> </ul>	<p>6/12/16</p> <p>A Srª M.L. encontra-se acamada, não se mobilizando no leito, pedindo ajuda aos cuidadores, refere ter muito medo em se mobilizar e acha que não é capaz.</p> <p>Realizados ensinios e treino sobre mobilizações/ rolamento no leito de forma autónoma, uso do triângulo que possui na cama, ponte e exercícios musculo-articulares que</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ponte</li> <li>- rolamento</li> <li>- levantar e sentar</li> </ul>	<p>pode fazer autonomamente para reforço muscular.</p> <p>9/12/16</p> <p>Srª M.L. demonstra conhecimento acerca de exercícios musculares e articulares, tendo realizado de forma independente.</p> <p>Realizado ensino e treino de sentar de forma independente no leito e transferência para cadeira de rodas com ajuda.</p> <p>12/12/16</p> <p>Realizadas mobilizações ativas de todos os segmentos articulares dos MI's.</p> <p>Srª M.L. consegue sentar-se de forma autônoma à beira do leito, no entanto ainda necessita de ajuda para a transferência para cadeira de rodas.</p> <p>Realizado ensinos e treino sobre transferência de forma independente para a cadeira de rodas.</p>
--	--	---	---

			<p>16/12/16 a 23/12/16</p> <p>Realiza de forma correta e independente transferência do leito para cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o leito.</p> <p>Mantidas mobilizações activas dos MI'S e reforço muscular nos MS's.</p> <p>4/01/17</p> <p>É transferida para unidade de cuidados continuados de reabilitação.</p>
--	--	--	---

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
<p>Início:</p> <p>6/12/16</p>	<p>Movimento Muscular Diminuído no MIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- executar técnica de exercício muscular e articular passiva</li> <li>- executar técnica de exercício muscular e articular ativa-assistida</li> <li>- incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares activos</li> <li>- monitorizar força muscular através da escala MRC</li> <li>- Supervisionar o movimento muscular</li> </ul>	<p>6/12/16</p> <p>Realizada mobilizações passivas no MIE, e ativa-assistida no MID (Escala de MRC em anexo do dia 6/12).</p> <p>Realizados exercícios de reforço muscular a nível dos MS's.</p>

		<p>- Treinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- flexão plantar</li> <li>- flexão/ extensão do joelho</li> <li>- flexão/ extensão da anca</li> <li>- abdução/ adução da anca</li> <li>- ponte</li> <li>- rolamento</li> </ul>	<p>Realizado treino de de ponte e rolamento.</p> <p>9/12/16</p> <p>Realizadas mobilizações ativa assistidas no MIE, apresenta diminuição de amplitudes articulares a nível da abdução e flexão da articulação coxo-femural, apresentando 2/5 na escala de MRC nestes movimentos e 3/5 nos restantes.</p> <p>Realizado treino de ponte e rolamento, que realiza de forma adequada.</p> <p>12/12/16</p> <p>SrªM.L. referiu que tem realizado de forma independente os exercícios ensinados, apresentando maior amplitude articular na abdução e flexão da articulação coxo-femural e apresentando aumento da força 3/5 na escala MRC.</p> <p>Manteve-se mobilizações ativa-assistidas nos movimentos do MIE.</p>
--	--	---	--

			<p>16/12/16 a 20/12/16</p> <p>Mantém força 3/5 na abdução e flexão da articulação coxo-femural e 4/5 nos restantes de acordo escala de MRC.</p> <p>Executados exercícios musculares e articulares de forma ativa.</p> <p>Realizado reforço muscular no MID apresentando 4/5 na escala de Lower em todos os segmentos musculares, com queixas álgicas moderadas à resistência devido à patologia osteo-articular da articulação coxo-femural.</p> <p>Realizado reforço muscular a nível dos MS.</p> <p>4/01/17</p> <p>É transferida para unidade de cuidados continuados de reabilitação.</p>
--	--	--	--

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
Início: 6/12/16	Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre dispositivo de correção de dismetria dos MI's</li> <li>- Monitorizar equilíbrio corporal (estático e dinâmico sentada e estático e dinâmico em pé de acordo com escala de Tinetti)</li> <li>- treinar a pessoa para o equilíbrio corporal sentada</li> <li>- treinar a pessoa para o equilíbrio corporal em pé</li> <li>- supervisionar a pessoa para o equilíbrio corporal sentada</li> <li>- supervisionar a pessoa para o equilíbrio corporal em pé</li> <li>- estimular a pessoa a manter equilíbrio corporal</li> <li>- Treino de marcha com andarilho</li> </ul>	<p>9/12/16</p> <p>Apresenta bom equilíbrio estático e dinâmico de acordo com escala de Tinetti na posição de sentada.</p> <p>Apresenta equilíbrio estático com apoio de andarilho no entanto sem equilíbrio dinâmico, devido a dismetria calcâneo Joelho no MID.</p> <p>Orientada família sobre dispositivo de correção de dismetria.</p> <p>12/12/16 a 16/12/16</p> <p>Família adquiriu sapato de correção de dismetria numa casa de produtos ortopédicos, no entanto aguarda a sua chegada.</p> <p>Realizado treino de equilíbrio e reforço muscular com apoio de andarilho.</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho para curtas distâncias.</p>

			<p>19/12/16 a 23/12/16</p> <p>Aguarda-se dispositivo de correção de dismetria.</p> <p>Realizado treino de equilíbrio e reforço muscular com apoio de andarilho.</p> <p>Sr<sup>a</sup> M.L. desloca-se de forma independente e correta com andarilho na sua casa.</p> <p>4/01/17</p> <p>É transferida para unidade de cuidados continuados de reabilitação.</p>
--	--	--	--

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
Início: 6/12/16	Andar com auxiliar de marcha dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informar sobre dispositivo auxiliar para andar: andarilho</li> <li>- providenciar andarilho para o andar</li> <li>- advogar andarilho para o andar</li> <li>- ensinar sobre dispositivo auxiliar (andarilho) para o andar</li> </ul>	<p>9/12/16</p> <p>Informada família sobre dispositivo auxiliar para andar, andarilho.</p> <p>Treino de equilíbrio em pé com andarilho. Não realiza marcha por dor na coxo-femural esquerda.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar o andar com andarilho</li> <li>- incentivar o andar com andarilho</li> <li>- planejar o andar com andarilho para pessoa</li> <li>- ensinar sobre técnica de adaptação para o andar</li> <li>- treinar o uso de dispositivo auxiliar para andar</li> <li>- treinar o uso de técnica de adaptação para o andar</li> <li>- supervisionar a pessoa no andar com andarilho</li> </ul>	<p>Realizado treino de sentar e levantar.</p> <p>12/12/16</p> <p>Realizado ensino sobre técnica de adaptação para o andar com recurso ao andarilho.</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho para curtas distâncias, tendo andado +/- 3metros.</p> <p>Reforçado treino de sentar e levantar.</p> <p>14/12/17</p> <p>Realiza treino de marcha com andarilho, tendo se deslocado +/- 10 metros.</p> <p>16/12/17</p> <p>Refere ter realizado de forma independente treino de marcha com andarilho.</p> <p>Realiza treino de marcha, deslocando-se do quarto à sala e regressou, com um momento de</p>
--	--	---	---



			<p>pausa para descanso. Deslocou-se +/- 30metros.</p> <p>19/12/16 a 23/12/16</p> <p>Anda com recurso a andarilho de forma correta e independente no interior do seu domicilio.</p> <p>4/01/17</p> <p>É transferida para unidade de cuidados continuados de reabilitação.</p>
--	--	--	--

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
6/12/16	Conhecimento sobre adaptação do domicilio e dispositivo auxiliar de ajuda para autocuidado de higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar o autocuidado higiene</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicilio para o autocuidado higiene</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene</li> <li>- Ensino sobre adaptação do domicilio para o autocuidado higiene</li> </ul>	<p>6/12/16</p> <p>Srª M.L. encontra-se restrita ao leito, dependente em grau elevado no autocuidado higiene. A higiene é realizada no leito por uma equipa de IPSS local.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado higiene</li> <li>- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado higiene</li> <li>- Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado higiene</li> <li>- incentivar o autocuidado higiene</li> </ul>	<p>A sua casa-de-banho localiza-se ao lado do seu quarto e possui chuveiro.</p> <p>Realizado ensino sobre dispositivo aplicar no seu chuveiro como uma cadeira de banho e barra de apoio. Contactada equipa IPSS local que “empresta” esses dispositivos de ajuda a 14/12/16.</p> <p>12/12/16 a 23/12/16</p> <p>Realiza higiene no chuveiro com ajuda parcial e supervisão de equipa IPSS local.</p> <p>4/01/17</p> <p>É transferida para unidade de cuidados continuados de reabilitação.</p>
--	--	--	--

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AValiação
6/12/16	Autocuidado eliminação vesical comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar sobre dispositivo, arrastadeira em alternativa em fralda, enquanto não conseguir deslocar-se ao sanitário</li> <li>- Avaliar o autocuidado ir ao sanitário</li> <li>- Informar sobre ajudas técnicas para o autocuidado ir ao sanitário (alteador de sanita e apoio de braços)</li> <li>- incentivar o autocuidado ir ao sanitário</li> <li>- orientar a pessoa no autocuidado ir ao sanitário</li> <li>- orientar no uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado</li> <li>- providenciar dispositivo auxiliar para o autocuidado</li> <li>- supervisionar a pessoa no autocuidado ir ao sanitário</li> </ul>	<p>6/12/16</p> <p>Srª M.L. até hoje encontrava-se restrita ao leito, encontra-se com fralda a urinar para fralda, no entanto apresenta continência de esfíncter. Possui uma arrastadeira em casa, que não utiliza por não se mobilizar no leito. A filha ou a sogra mudam a fralda a pedido.</p> <p>Realizado ensinios e treino de ponte e rolar no leito por forma a conseguir colocar arrastadeira com ajuda da sogra ou filha. Realizados respectivos ensinios a cuidadoras.</p> <p>Avaliado sanitário da Srª M.L., necessitando de dispositivo auxiliar, alteador de sanita. Após contacto com equipa de IPSS local que presta cuidados utente, disponibilizam para empréstimo um alteador a 12/12/16.</p> <p>8/12/16</p>

			<p>Encontra-se a urinar em arrastadeira durante o dia e à noite fralda, para não incomodar cuidadoras.</p> <p>Realizado ensino e treino de colocar e retirar arrastadeira sozinha deitada no leito e sentada.</p> <p>12/12/16</p> <p>Coloca e retira arrastadeira de forma independente, necessitando apenas de ajuda das cuidadoras para limpeza.</p> <p>Equipa de IPPS disponibiliza alteador de sanita, tendo sido realizado treino e ensino a cuidadoras de equipa IPSS, utente e filha/ sogra sobre o uso de dispositivo auxiliar.</p> <p>14/12/16</p> <p>Utente mantém uso de arrastadeira, indo ao sanitário apenas na presença de cuidadoras de IPSS por receio de cair.</p> <p>Realizado ensino, treino e incentivada a ir ao sanitário e usar</p>
--	--	--	---

			<p>dispositivo auxiliar de forma independente.</p> <p>16/12/16 a 20/12/16</p> <p>Durante o dia desloca-se ao sanitário e satisfaz o seu autocuidado de forma independente, no entanto durante a noite mantém arrastadeira por receio de cair e sogra/ filha encontrarem-se a dormir para ajudar.</p> <p>Prestado apoio para ultrapassar esse medo e realizado diversas vezes treino para se sentir mais confiante e perder o medo.</p> <p>Incentivada a ingerir menos água nas horas antes de ir dormir.</p> <p>22/12/16</p> <p>Nos últimos dois dias dia e noite tem se deslocado de forma independente e satisfeito o seu autocuidado no sanitário.</p>
--	--	--	---

			4/01/17 É transferida para unidade de cuidados continuados de reabilitação.
--	--	--	--

## **Apêndice VIII – Plano de Cuidados Pneumologia**

# Plano de Cuidados Srº P.V.F. - Pneumologia



## ASMA

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS)

a Asma constitui um problema de saúde pública, uma vez tratar-se de uma das doenças mais frequentes na criança e no jovem. Com tendência de crescimento da sua incidência e prevalência, a Asma é uma importante causa de internamento hospitalar e, também de sofrimento a vários níveis, por vezes diário e repetido, extensivo às famílias e grupos de pertença do doente, inserindo condicionamentos à sua actividade normal e, portanto à sua qualidade de vida (2000, p.4)

De acordo com a DGS (2010), a asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que em indivíduos susceptíveis, origina sintomas característicos decorrentes da obstrução das vias aéreas, podendo ser revertida de forma espontânea ou através do uso de medicação. A inflamação das vias aéreas é o factor desencadeante de toda a fisiopatologia da asma, pelo que esta será o primeiro alvo do tratamento. No entanto, apesar de os tratamentos usados actualmente serem eficazes no controlo dos sintomas, redução das limitações das vias aéreas e prevenção de exacerbações, não se têm demonstrado eficazes na prevenção do agravamento da asma. (Global Initiative for Asthma, 2011).

A inflamação das vias aéreas é o factor desencadeante da hiperreactividade, limitação do fluxo de ar, sintomas respiratórios (pieira, falta de ar, sensação de aperto no peito e tosse, normalmente presentes à noite e de manhã) e cronicidade da doença. Em alguns doentes podem até verificar-se alterações na estrutura das vias aéreas, como por exemplo fibrose, hipersecreção de muco, lesões nas células epiteliais, hipertrofia do músculo liso e angiogénese (NationalHeart, LungandBloodInstitute, 2007; Global Initiative for Asthma, 2011). Apesar de ser de conhecimento geral que a inflamação é a base da doença, ainda não se conhece na totalidade os processos relacionados com a tradução da inflamação em consequências fisiopatológicas e aos sintomas apresentados (NationalHeart, Lung and Blood Institute, 2007).

De acordo com National Heart, Lung and Blood Institute (1995), os sintomas desta doença não se manifestam com a mesma intensidade em todos

os doentes , alguns apresentam sintomas apenas quando praticam exercício, quando são expostos a alérgenos ou quando têm infecções respiratórias, enquanto que outros têm sintomas diários e crises frequentes. As interações genes-ambiente são de extrema importância para a expressão da asma. A atopia (predisposição genética para a resposta imunológica- IgE - a aeroalérgenos) é o factor mais forte no que diz respeito ao desenvolvimento da patologia, no entanto, ainda não se conhece em pormenor as interações entre eles que contribuem para o desenvolvimento e persistência desta doença (NationalHeart, LungandBloodInstitute, 2007).

De acordo com o programa Nacional de Controlo da Asma (DGS, 2007), a Asma constitui um problema de saúde pública muito relevante, com tendência de crescimento da sua incidência e prevalência. É uma importante causa de internamento hospitalar e, também, de sofrimento a vários níveis, por vezes diário e repetido, extensivo às famílias e grupos de pertença do doente, inserindo condicionamentos à sua actividade normal e, portanto, à sua qualidade de vida. Assim sendo, torna-se fundamental melhorar a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados de saúde ao doente asmático, de forma a melhor o habilitar, capacitar e a autocontrolar a sua doença.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), tem um papel preponderante, contribuindo para a qualidade de vida e bem-estar da Pessoa com Asma bem como a sua Família/ Cuidador, sendo importante abordar o tema e investir na sua prevenção, de forma a minimizar a ocorrência de crises e promoção do seu auto-controlo.

Para Jones (2008), a educação na asma é ajudar a pessoa a desenvolver o conhecimento e aptidões para saber quando a sua doença encontra-se em progressão, para desta forma saber empreender e aderir a um regime de gestão e controlo.

Para se implementarem estratégias que visem o desenvolvimento de competências e capacidades na pessoa com asma para gerir a sua doença, também é fundamental envolver a sua família ou cuidador.

De acordo a DGS (2000), coloca-se a hipótese do diagnóstico de Asma em presença de história de qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas: tosse com predomínio noturno; pieira recorrente; dificuldade respiratória recorrente ou

aperto torácico recorrente. De salientar que eczema, rinite alérgica ou história familiar de asma ou doença atópica, também estão frequentemente associados à asma (DGS, 2000).

Relativamente aos fatores de risco associados à asma e que contribuem para que os sintomas ocorram ou agravem de acordo com a DGS (2000), são o exercício físico; infecção viral; animais com pelo; exposição prolongada aos ácaros do pó doméstico; fumo; pólen; alteração da temperatura ambiente; emoções fortes que provoquem o riso ou choro; produtos químicos inaláveis e alguns fármacos.

Segundo Hoeman (2000, p.393) “a equipe de reabilitação desempenha um papel vital na melhoria da qualidade de vida dos utentes, ensinando-os a gerir os seus problemas respiratórios”. O EEER proporciona intervenções que contribuem para o bem-estar, nomeadamente a educação e valorização para o cumprimento do regime terapêutico, as medidas necessárias para evitar o desencadeamento das crises, assim como a reeducação funcional respiratória, sendo estas intervenções necessárias o mais precoce possível.

De acordo com Holohan (2008), a crescente compreensão das pessoas com asma e as diversas opções terapêuticas disponíveis, bem como a informação sobre o reconhecimento de como evitar os fatores que originam a crise, o saber lidar com as exacerbações e os episódios agudos, fornecem às pessoas algumas ferramentas necessárias para controlar a sua doença, sendo a orientação dos profissionais fundamental para que toda a informação seja integrada, o EEER deve preparar a pessoa/ família/ cuidador para ser autónomo na gestão da sua patologia.

## **IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA**

O Sr. P.V.F.. do sexo Masculino de 69 anos de idade, nascido em Cabo Verde e residente em Portugal desde 1976, raça leucodérmica, reformado, antigo motorista de autocarros de passageiros, reside em Benfica com uma companheira (que é o seu cuidador) e possui 6 filhos, 4 dos quais emigrados em Cabo Verde e EUA.

## **HISTÓRIA FAMILIAR**

Nega antecedentes familiares relevantes

## **HISTÓRIA PREGRESSA**

Nega hábitos tabágicos e alcoólicos.

Em 1986, inicia quadro de dispneia intensa 4 segundo a escala MRC e pieira sem factores desencadeantes, segundo ele após uma “gripe mal curada”, recorrendo ao SU, ficando pela primeira vez internado na Pneumologia do Hospital Pulido Valente, onde lhe foi diagnosticada uma crise asmática, passando a ser seguido desde então pelo seu médico de família.

Sempre que apresenta agudizações da sua patologia, como “crises de falta de ar”, recorre ao SU do HSM, sem tido necessidade de novo internamento.

## **HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL**

A 2 de Setembro deste ano, recorreu ao SU do HSM com queixas de tosse, expectoração mucosa, com agravamento da dispneia a médios esforços, sendo medicado com Azitromicina e Ventilan em SOS, tendo alta para o domicílio. No dia 12 recorre novamente ao SU por manutenção das queixas e dispneia em repouso grau 5 na escala MRC, sendo internado na Pneumologia 8 por crise asmática.

## **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

**Gasometria** com O<sub>2</sub> a 1 l/min: PH 7,41; pCO<sub>2</sub> 38,3; pO<sub>2</sub> 70; HCO<sub>3</sub> 28,6; Sat 94,9%

**RX Torax:** realizado a 5/10/16, com hiperinsuflação em ambos os pulmões e discreta compactação de SB a nível dos lobos médios e inferiores de ambos os pulmões.

## **DIAGNÓSTICO MÉDICO**

- Asma Agudizada

## **HISTÓRIA DE SAÚDE – AVALIAÇÃO INICIAL (Dia....)**

As actividades foram avaliadas com base na Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (Pitta et al, 2008), adaptada às necessidades de avaliação das capacidades/ incapacidades das pessoas internadas no Serviço.

### **Respirar**

Nega hábitos tabágicos, bem como da sua companheira. Realizado diagnóstico de Asma desde 1986, no entanto não sabe bem no que consiste. É seguido em consulta pelo seu médico de família.

O Srº P.V.F. encontra-se dispneico a pequenos esforços, sem sinais de cianose nem recorre ao uso de músculos acessórios.

Respiração – 25cpm, mista e superficial, SpO<sub>2</sub> em repouso »95% com aporte suplementar de O<sub>2</sub> a 1l/m por ON.

Apresenta expansibilidade simétrica à palpação torácica. Sem deformações nem assimetrias no que concerne à morfologia torácica e sem cicatrizes abdominais ou torácicas.

Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído nas bases, com roncos bilaterais em todos os campos pulmonares.

### **Comunicar**

Encontra-se consciente, comunicativo quando abordado e orientado no tempo, espaço e pessoa.

### **Manter um ambiente seguro**

Reside num apartamento, edifício com elevador funcionante. Possui água, eletricidade, gás e esgotos.

Nega hábitos toxicómanos.

### **Comer e Beber**

Independente nesta atividade de vida diária (AVD), sem restrições alimentares e sem alergias alimentares. Cumpre os horários das refeições, alimentando-se maioritariamente da totalidade da dieta instituída. Nega hábitos etanólicos.

Emagrecido com IMC 22,77.

Tem prescrição de dieta personalizada.

### **Mover-se**

Independente na realização desta AVD.

Não refere dispneia nem cansaço nas deslocações em casa nem percursos a pé no exterior, anteriores ao internamento.

No internamento independente nesta AVD, deslocando-se autonomamente pelo serviço sem queixas.

## **Higiene Pessoal e Vestir-se**

Apresenta bons cuidados de higiene.

Refere dispneia e cansaço moderado na higiene no chuveiro, como lavar a cabeça, a parte inferior do corpo e enxugar-se após banho, referindo não se sentir assim antes do internamento.

No internamento não sente dificuldade em calçar-se por usar chinelos.

## **Eliminar**

Independente na eliminação vesical e intestinal, não apresentando obstipação ou diarreia, mantendo hábitos regulares.

Satisfaz as suas necessidades de eliminação no WC.

## **Trabalhar e Divertir-se**

Encontra-se reformado. Antigo motorista de autocarros.

Antes do internamento possuía o hábito de ir ao café à tarde com amigos e dar um passeio nas redondezas da sua residência.

## **Expressar-se Sexualmente**

Viúvo, vive com uma companheira e possui 6 filhos, com quem mantém contacto.

Não foram colhidos dados sobre esta AVD.

## **Morrer**

Refere ainda “ter muita vida pela frente”.

## **TERAPÊUTICA PRESCRITA EM INTERNAMENTO**

- Beclametasona 250mcg/ dose, 6 puff 12/12h
- Captopril 25mg comp. SOS
- NaCl 0,9% 500ml/ dia EV
- Enoxaparina 40mg x1dia
- Br. Ipratropio 20mcg/ dose, 8puff 6/6h
- Omeprazol 20mg, x1dia
- Paracetamol 1000mg comp., SOS
- Prednisolona 25mg/ml EV, x1dia
- Salbutamol 100mcg/ dose 4 puff, 6/6h

**Exames Complementares de Diagnóstico:** sem exames de relevância



## REQUISITOS RELACIONADOS AO AUTOCUIDADO UNIVERSAL

<b>Requisito de Autocuidado</b>	<b>Padrão Habitual de Autocuidado</b>	<b>Padrão Atual de Autocuidado</b>	<b>Sistema de Enfermagem</b>
<b><u>Manutenção de Respiração Eficaz</u></b>	Agente de autocuidado neste requisito	Respiração de predomínio abdominal, regular e amplitude diminuída	
<b><u>Ingestão Adequada de Alimentos e Líquidos</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito.  Desconhece alergias. Ingeria pouca água. Emagrecido	Come de forma autônoma sem necessidade de ajuda.  Come praticamente a totalidade da dieta instituída no hospital.	Sistema Apoio-Educação
<b><u>Eliminação Vesical</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Urina espontaneamente sem perdas no urinol ou no WC	
<b><u>Eliminação Intestinal</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Apresenta continência de esfíncter retal.  Padrão regularizado.  Evacua no WC	
<b><u>Equilíbrio entre os Períodos de Atividade e Descanso</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Refere cansaço durante os cuidados de higiene em particular quando lava a cabeça.  Em casa refere que as lides domésticas é a sua companheira que as faz.	Sistema Apoio-Educação
<b><u>Equilíbrio entre Solidão e Interação Social</u></b>	Agente do seu autocuidado neste requisito	Recebe a visita de família e amigos.  Gosta de ver televisão e ler revistas. Antes do internamento tinha o hábito depois do almoço ir até ao café com um amigo.	
<b><u>Prevenção de Riscos À Vida Humana</u></b>	Agente do autocuidado neste requisito	Não é fumador, no entanto não demonstrava conhecimentos acerca da	Sistema apoio-educação

		sua patologia nem cuidados a ter.	
<b><u>Promoção do Normal Funcionamento</u></b>	Agente do autocuidado neste requisito	Tem consciência das limitações na sua vida principalmente na higiene devido ao cansaço fácil. Em relação a outras atividades no domicílio refere não ser muito ativo, delegando na companheira.	Sistema Apoio- educação

### **REQUISITOS DE DESVIO DE SAÚDE**

<b><u>Procurar e Garantir Assistência Médica Adequada</u></b>	Cumprir o esquema de consultas médicas instituídas e sempre que sente agravamento da sua patologia recorre ao SU
<b><u>Estar Consciente e Atender aos Efeitos e Resultados da sua Doença, incluindo os efeitos decorrentes do Desenvolvimento</u></b>	Demonstra escassos conhecimentos acerca da sua patologia.
<b><u>Execução de medidas prescritas pelo médico</u></b>	Cumprir as indicações instituídas pelo seu médico. Cumprir vacinação, no entanto com alguns erros na administração de inaloterapia.

## Caraterização da Pessoa

**1- Nome (Iniciais):** P.V.F.

**2- Idade:** 69 anos

**3- Sexo:**

Feminino

**Masculino**

**4- É fumador:**

**Não**

Sim

Nº de cigarros por dia \_\_\_\_\_

**5- Nível de Escolaridade:**

Não sabe ler nem escrever

**1ºciclo(1ª à 4ªclasse)**

2ºciclo (5º ao 6ºano)

3ºciclo (7º ao 9ºano)

Ensino Secundário (10º ao 12ºano)

Ensino Superior

**6- Situação atual face ao emprego:**

Empregado

Profissão\_\_\_\_\_

Desempregado

**Reformado**

Profissão anterior: Motorista

**7- Vive sozinho:**

Sim

**Não**

Com quem? Companheira

**8- Precisa de ajuda para cumprir as indicações dadas pelo médico e/ ou enfermeiro para controlar a sua doença?**

**Não**

Sim

Se respondeu **sim**, assinale quem o ajuda a cumprir estas indicações:

Cônjuge

Filha/ filho

Vizinho

Apoio Domiciliário

Que tipo de apoio? \_\_\_\_\_

Outros

Quem? \_\_\_\_\_

**9- A sua habitação tem eletricidade?**

**Sim**

Não

**10- Para ter acesso à sua habitação utiliza:**

**Elevador**

Escadas

Quantidade \_\_\_\_\_

**11- Que tipo de serviço de saúde utiliza?**

**Público**

Privado

## AVALIAÇÃO DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO

Para a **avaliação do grau de dependência para o auto cuidado** foi utilizado o Índice de Barthel Modificada, utilizada no serviço, em que o total de melhor score é 100 e o pior é 0.

ÍNDICE DE BARTHEL		
ITEMS/ DATA	15/10	20/10
<b>INTESTINO</b>		
Controlo Perfeito 10	<b>10</b>	<b>10</b>
Problemas Ocasionais      5		
Problemas Habituais      0		
<b>BEXIGA</b>		
Controlo Perfeito      10	<b>10</b>	<b>10</b>
Problemas Ocasionais      5		
Problemas Habituais      0		
<b>HIGIENE PESSOAL</b>		
Barba/Dentes/Cabelo/Face      5	<b>5</b>	<b>5</b>
Dependente      0		
<b>USO DA SANITA</b>		
Independente      10	<b>10</b>	<b>10</b>
Ajuda Parcial      5		
Totalmente Dependente      0		
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
Independente      10	<b>10</b>	<b>10</b>

Ajuda Parcial	5		
Totalmente Dependente	0		
<b>TRANSFERÊNCIA DO LEITO –C.R.</b>			
Independente	15		
AjudaMenor/Verbal	10	<b>15</b>	<b>15</b>
Ajuda Maior	5		
Dependente	0		
<b>MOBILIDADE</b>			
Independente	15		
AjudaMenor/ Verbal	10	<b>15</b>	<b>15</b>
Ajuda Maior	5		
Impossível	0		
<b>VESTIR</b>			
Independente	15	<b>15</b>	<b>15</b>
Ajuda Moderada	5		
Impossível	0		
<b>ESCADAS</b>			
Independente	15	<b>15</b>	<b>15</b>
Ajuda/Supervisão	5		
Impossível	0		
<b>BANHO</b>			
Independente	15	<b>15</b>	<b>15</b>
Dependente	5		
<b>TOTAL: (0-100)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

**Escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas:

**0** – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)

**1** – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)

**2** – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)

**3** – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)

**4** – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

**5** – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

<b>Diga-nos o quanto de falta de ar sente ao realizar as seguintes atividades</b>	<b>Antes do internamento</b>	<b>Momento Da Avaliação</b>	<b>Momento Da alta</b>
Pentear-se	1	1	1
Realizar higiene oral	1	1	1
Lavar a cabeça	1	2	1
Realizar higiene da parte superior do corpo (membros superiores e tórax)	1	1	1
Realizar higiene da parte inferior do corpo (abdómen e membros inferiores)	1	2	1
Enxugar-se	1	2	1
Vestir a parte superior do corpo	1	1	1
Vestir a parte inferior do corpo	1	2	1

Calçar-se	1	Não avaliado(N.A.)	N.A.
Falar	1	1	1
Andar à volta da cama	1	1	1
Andar até ao corredor	1	1	1
Deambular pelo corredor	1	1	1
Inclinar-se/ levantar-se	1	1	1
Subir escadas	1	N.A.	N.A.
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>14</b>

Adaptado da Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) Fonte: Pitta et al (2008)

## **AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR**

Nesta avaliação aplicou-se a escala de força muscular da Medical Research Council (MRC)

☞ **Pescoço** (Flexão/Extensão; Inclinação lateral; Rotação) - apresenta contracção muscular e movimento grau **5/5**.

### **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO:**

☞ **Ombro** (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – apresenta força grau **5/5**;

☞ **Cotovelo** (Flexão/Extensão) - apresenta força grau **5/5**;

☞ **Punho** (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – apresenta força grau **5/5**;

☞ **Antebraço** (Supinação/Pronação) – apresenta força grau **5/5**;

☞ **Dedos** (Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência) – apresentam força grau **5/5**.



### **MEMBRO SUPERIOR DIREITO:**

- ☞ **Ombro** (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ **Cotovelo** (Flexão/Extensão) - apresenta força grau **5/5**;
- ☞ **Punho** (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ **Antebraço** (Supinação/Pronação) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ **Dedos** (Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência) – apresentam força grau **5/5**.

### **Membro inferior esquerdo:**

- ☞ Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ Joelho (Flexão/Extensão) - apresenta força grau **5/5**;
- ☞ Tíbio-társica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução) - apresentam força grau **5/5**.

### **Membro inferior direito:**

- ☞ Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ Joelho (Flexão/Extensão) - apresenta força grau **5/5**;
- ☞ Tíbio-társica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – apresenta força grau **5/5**;
- ☞ Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução) - apresentam força grau **5/5**.

## **TONUS MUSCULAR**

### **(Escala de Ashword Modificada)**

Apresenta tonicidade mantida ao nível dos membros superiores e inferiores.

(Tonus Normal= 0)

## **AVALIAÇÃO QUALIDADE DE VIDA – EURO QOL**

<b>Avaliação da Qualidade de Vida – EURO QOL</b>			
Assinale com uma cruz (assim ☒), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde <b>hoje</b>			
	Percepção que tinha antes do internamento	Momento da avaliação	Momento Da Alta
<b>Mobilidade</b>			
Não tenho problemas em andar	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Tenho alguns problemas em andar	2	2	2
Tenho de estar na cama	3	3	3
<b>Cuidados pessoais</b>			
Não tenho problemas em cuidar de mim	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	2	<input checked="" type="checkbox"/> 2	2
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	3	3	3
<b>Actividades habituais (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)</b>			
Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	2	2	2
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	3	3	3
<b>Dor / Mal-estar</b>			
Não tenho dores ou mal-estar	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Tenho dores ou mal-estar moderados	2	2	2
Tenho dores ou mal-estar extremos	3	3	3
<b>Ansiedade / Depressão</b>			

Não estou ansioso/a ou deprimido/a	1	1	1
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	2	2	2
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	3	3	3
<b>Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:</b>			
Melhor	1	1	1
Igual	2	2	2
Pior	3	3	3

**Gostaria que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. O melhor estado de saúde imaginável**

16/10/16		20/10/16	
100		100	
9	0	9	0
8	0	8	0
7	0	7	0
6	0	6	0
5	0	5	0
4	0	4	0
3	0	3	0
2	0	2	0
1	0	1	0
0		0	

## Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização do Spiriva Respimat

Identificação do doente: Srº S.P.V.

Data de Avaliação: 15/10/16

Etapas Técnicas de utilização do Spiriva Respimat		Executa corretamente a etapa	
		Sim	Não
1 -Pressionar o botão lateral de segurança e retirar a base transparente	Quando utilizar pela primeira vez o inalador	Sim	
2- Para Inserir o cartucho, empurrar a extremidade mais estreita do cartucho para o interior do inalador		Sim	
3 – Pressionar a base do cartucho sobre uma superfície dura para garantir que o cartucho entra até ao fim		Sim	
4- Voltar a colocar a base transparente, alinhando a ranhura com o botão de segurança		Sim	
5 - Segurar no inalador com a tampa fechada e rodar a base transparente na direção da seta até ouvir um clique		Sim	
6- Abrir a Tampa		Sim	
7- Virar o bucal para baixo pressionar o botão para libertar a dose			

		<b>Sim</b>	
8- Fechar a Tampa		<b>Sim</b>	
9-Repetir os passos 5 a 8 até visualizar a nuvem		<b>Sim</b>	
10- Voltar a repetir 3 vezes os passos 5 a 8 para garantir que o inalador está pronto a ser utilizado		<b>Sim</b>	
11- Segurar no interior com a tampa fechada e rodar a base transparente na direção da seta até ouvir um clique		<b>Sim</b>	
12- Abrir a tampa		<b>Sim</b>	
13- Expirar profundamente com o bucal afastado da boca		<b>Sim</b>	
14- Posicionar o inalador na horizontal e colocar firmemente os lábios em redor do bucal sem tapar as entradas de ar		<b>Sim</b>	
15c- Pressionar o botão da libertação da dose e inspirar lenta e profundamente pela a boca		<b>Sim</b>	
16 - Suspende a respiração por cerca de 4 a 10 segundos		<b>Sim</b>	
17- Expirar com o inalador afastado da boca		<b>Sim</b>	
18- Fechar a tampa que cobre o bucal		<b>Sim</b>	
Repetir os passos 11 a 18 para administrar a dose completa		<b>Sim</b>	

## **Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização de Inaladores pressurizados**

Identificação do doente: Srº P.V.F.

Data de Avaliação: 15/10/16

Etapas de Técnica de utilização dos de Inaladores pressurizados	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)		<b>Não</b>
Recolocar a cápsula no bucal	<b>Sim</b>	
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador	<b>Sim</b>	
Agitar bem e na vertical		<b>Não</b>
Retirar a tampa do bucal	<b>Sim</b>	
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível	<b>Sim</b>	
Colocar o bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo.	<b>Sim</b>	
Comprimir o inalador uma vez	<b>Sim</b>	
Inspirar lenta e profundamente pela boca	<b>Sim</b>	
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível.	<b>Sim</b>	
Retirar o inalador da boca e expirar normalmente		<b>Não</b>
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos as etapas desde agitar a medicação		<b>Não</b>
Recolocar a tampa no bucal	<b>Sim</b>	

Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água		<b>Não</b>
Identificar as doses disponíveis no inalador		<b>Não</b>
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois		<b>Não</b>

## **Grelha de Observação para a avaliação da técnica de utilização de Inaladores pressurizados**

Identificação do doente: Srº P.V.F.

Data de Avaliação: 20/10/16

Etapas de Técnica de utilização dos de Inaladores pressurizados	Executa corretamente a etapa	
	Sim	Não
Retirar a cápsula metálica que contém o medicamento e aquecê-la nas mãos durante 2 minutos (se armazenado a 0°C)	<b>Sim</b>	
Recolocar a cápsula no bucal	<b>Sim</b>	
Segurar o inalador na vertical, entre o polegar e o indicador	<b>Sim</b>	
Agitar bem e na vertical	<b>Sim</b>	
Retirar a tampa do bucal	<b>Sim</b>	
Expirar lenta e profundamente até ser confortavelmente possível	<b>Sim</b>	
Colocar o bucal entre os dentes, ajustando bem os lábios ao mesmo.	<b>Sim</b>	
Comprimir o inalador uma vez	<b>Sim</b>	
Inspirar lenta e profundamente pela boca	<b>Sim</b>	
Suspender a respiração 4 a 10 segundos ou tanto quanto lhe for confortavelmente possível.	<b>Sim</b>	
Retirar o inalador da boca e expirar normalmente	<b>Sim</b>	
Se necessário nova inalação, esperar 30 segundos a 1 minuto e repetir todos as etapas desde agitar a medicação	<b>Sim</b>	
Recolocar a tampa no bucal	<b>Sim</b>	



Após a administração do fármaco, bochechar a boca com água, gargarejar e deitar fora. De seguida, beber água	<b>Sim</b>	
Identificar as doses disponíveis no inalador	<b>Sim</b>	
No caso de fazer broncodilatador e corticoide, reconhecer a importância de utilização do broncodilatador antes do corticoide e aguardar 5 minutos entre os dois	<b>Sim</b>	

## **PLANO DE CUIDADOS**

Nome: P.V.F.

Idade: 69 anos

Data do Internamento: 12/10/2016

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
Início: 16/10/16	Conhecimento não demonstrado sobre a patologia respiratória	<b>Sistema Apoio-Educação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informar e esclarecer sobre a sua patologia respiratória;</li><li>• Proporcionar um ambiente favorável à relação de ajuda com o Sr. P. para que este expresse as suas dúvidas e receios;</li><li>• Informar e esclarecer o Sr. P. de todas as ações e procedimentos que se irão realizar e a sua finalidade;</li><li>• Avaliar conhecimentos dos sinais de alerta de crise asmática;</li></ul>	<b>16/10/16</b> <p>O Srº P.V.F. refere desconhecer em que consiste a sua e o seu tratamento.</p> <b>17/10/16</b> <p>Realizado ensino sobre a sua doença. Em que consiste, como se manifesta e tratamento da mesma, nomeadamente inaloterapia e</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento da dispneia</li> <li>• Ensinar, orientar e incentivar a sua participação na execução dos exercícios de RFR, de forma a promover o autocuidado;</li> <li>• Validar conhecimentos sobre a sua doença</li> <li>• Providenciar material educativo</li> </ul>	<p>exercícios de reeducação funcional respiratória.</p> <p><b>18/10/16</b></p> <p>Realizado reforço dos ensinios do dia anterior e facultado material educativo, que se demonstra muito interessado.</p> <p><b>19 a 20/10/16</b></p> <p>Prestado esclarecimento de dúvidas e realizado reforço.</p> <p>Já demonstra conhecimentos acerca da sua patologia e cuidados a ter no domicilio, bem como autonomia para a realização de exercícios de RFR.</p>
--	--	--	---

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
Início: 16/10/16	Dispneia Funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir oxigenoterapia</li> <li>• consultar diário clínico</li> <li>• observar e interpretar exames complementares de diagnóstico (radiografias de torác e gasimetrias arteriais)</li> <li>• executar inaloterapia através de nebulizador</li> <li>• auscultar sons pulmonares antes e depois da RFR</li> <li>• Monitorizar sinais vitais</li> <li>• Executar cinesioterapia respiratória: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ensinar sobre técnica respiratória (posição de descanso e relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominal com ênfase na expiração)</li> <li>- instruir técnica respiratória</li> <li>- treinar técnica respiratória</li> <li>- incentivar a executar técnica respiratória</li> <li>- reeducação costal global e seletiva</li> <li>- reeducação diafragmática global e seletiva</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>16/10/16</b></p> <p>Realiza oxigenoterapia continua a 1l/m.</p> <p>Respiração mista, superficial e regular com FR 20cpm, FC 80bpm SpO2»95% e TA 125/64mmHg antes da RFR.</p> <p>Auscultação pulmonar antes da RFR com roncos bilaterais em todos os campos pulmonares e com murmúrio vesicular diminuído nas bases.</p> <p>Realizado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, dando ênfase na fase expiratória.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar e instruir sobre PEF</li> </ul>	<p>A manter auscultação após RFR, com FR 23cpm, FC82bpm e SpO2 »93%.</p> <p>Não apresenta cansaço ao falar. No entanto quando questionado e após avaliada tolerância ao esforço com recurso a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) adaptada, refere sentir-se dispneico e cansado no duche, bem como enxugar-se e vestir-se e após o banho, necessitando de fazer pausas.</p> <p>Realizado ensino sobre estratégias de conservação de energia.</p> <p>PEF 100ml</p> <p><b>17/10/16</b></p> <p>Mantém oxigenoterapia a 1l/m por óculos nasais que cumpre.</p>
--	--	---	--

			<p>Não realizou Rx tórax ou gasimetria.</p> <p>Parâmetros vitais antes da RFR:</p> <p>FR:20cpm</p> <p>FC: 78bpm</p> <p>SpO2: 96%</p> <p>TA: 121/58mmHg</p> <p>Auscultação pulmonar antes da RFR: murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases, mantendo roncos em todos os campos pulmonares, mas com menor intensidade relativo ao dia anterior.</p> <p>Reforçado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, dando ênfase na fase expiratória.</p> <p>Realizada reeducação costal global com bastão e seletiva bilateral com abertura costal. Realizada</p>
--	--	--	---

			<p>reeducação diafragmática da porção posterior.</p> <p>Auscultação pulmonar após a RFR: idêntica à anterior.</p> <p>Parâmetros vitais após a RFR:</p> <p>FR:20cpm</p> <p>FC: 80bpm</p> <p>SpO2 96%</p> <p>Realizado ensino sobre a necessidade de realizar a AVD onde sente mais dificuldade de forma mais lenta e a recorrer ao uso de um banco quando se sente mais cansado.</p> <p>PEF 100ml</p> <p><b>18/10/16</b></p> <p>Cumprir oxigenoterapia a 1l/m por ON.</p> <p>Sem Rx tórax nem gasimetria.</p>
--	--	--	--

			<p>Parâmetros vitais antes da RFR:</p> <p>FR: 18cpm</p> <p>FC 78bpm</p> <p>SpO2 96%</p> <p>TA 126/57mmHg</p> <p>Auscultação pulmonar antes da RFR: murmúrio vesicular diminuído nas bases.</p> <p>Reavaliado ensino sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, dando ênfase na fase expiratória.</p> <p>Realizada autonomamente com supervisão reeducação costal global com bastão e seletiva bilateral com abertura costal. Realizada reeducação diafragmática da porção posterior.</p>
--	--	--	--



			<p>Auscultação pulmonar após RFR idêntica à anterior.</p> <p>Parâmetros vitais após RFR</p> <p>FR: 19cpm</p> <p>FC 79bpm</p> <p>SpO2 97%.</p> <p>PEF 120ml</p> <p><b>19/10/16</b></p> <p>Sem aporte suplementar de O2.</p> <p>Parâmetros vitais antes da RFR:</p> <p>FR: 17cpm</p> <p>FC: 76bpm</p> <p>SpO2 97%</p> <p>TA 132/61mmHg</p> <p>Auscultação pulmonar antes da RFR com murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares.</p>
--	--	--	---

			<p>Realiza autonomamente RFR apenas com supervisão preparando alta para amanhã.</p> <p>Realiza sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, dando ênfase na fase expiratória. Reeducação costal global com bastão e seletiva bilateral com abertura costal.</p> <p>Parâmetros vitais após RFR:</p> <p>FR 17cpm</p> <p>FC 79bpm</p> <p>SpO2 97%</p> <p>Auscultação pulmonar após RFR idêntica à anterior</p> <p>PEF 130ml</p> <p><b>20/10/16</b></p> <p>Sem aporte suplementar de O2.</p>
--	--	--	--

			<p>Parâmetros vitais antes da RFR:</p> <p>FR: 16cpm</p> <p>FC: 74bpm</p> <p>SpO2 98%</p> <p>TA 128/60mmHg</p> <p>Auscultação pulmonar antes da RFR com murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares.</p> <p>Realiza autonomamente RFR apenas com supervisão.</p> <p>Realiza sobre posição de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática, dando ênfase na fase expiratória. Reeducação costal global com bastão e seletiva bilateral com abertura costal.</p> <p>Parâmetros vitais após RFR:</p> <p>FR 17cpm</p> <p>FC 79bpm</p>
--	--	--	---

			SpO2 97% Auscultação pulmonar após RFR idêntica à anterior PEF 130ml
--	--	--	---

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
16/10/16	Expectorar ineficaz em grau reduzido	<b>Sistema Totalmente Compensatório:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar processo clínico da pessoa;</li> <li>• Observar radiografia torácica e outros exames complementares disponíveis</li> <li>• Realizar auscultação pulmonar;</li> <li>• Inspeção estática e dinâmica do tórax;</li> <li>• Monitorizar e registar sinais vitais;</li> <li>• Avaliar sinais de dificuldade respiratória: cianose, uso de músculos acessórios, dessaturação;</li> <li>• Avaliar padrão respiratório</li> </ul>	<b>16/10/16</b> Apresenta episódios de tosse, tendo dificuldade em expelir as secreções. Incentivado a ingerir pelo menos 1,5l de água por dia. Ensinado e instruído sobre técnica de tosse dirigida e recurso a dispositivo de ajuda shaker 5+5 repetições, eliminando SB mucopurulenta amarela/

		<p><b>Sistema Apoio Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar RFR: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ensinar sobre técnica respiratória (posição de descanso e relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdominal com ênfase na expiração)</li> <li>- instruir técnica respiratória</li> <li>- treinar técnica respiratória</li> <li>- incentivar a executar técnica respiratória</li> <li>- reeducação costal global e seletiva</li> <li>- reeducação diafragmática global e seletiva</li> </ul> </li> <li>• Instruir sobre utilização de dispositivo de ajuda shaker;</li> <li>• Treinar uso de dispositivo de ajuda shaker;</li> <li>• Educar sobre a importância da hidratação oral;</li> <li>• Promover ingestão de líquidos.</li> </ul>	<p>esbranquiçado em moderada quantidade.</p> <p><b>17/10/16</b></p> <p>A ingerir pelo menos 1L água por dia, tendo sido incentivado.</p> <p>Reforço do ensino e instrução sobre técnica da tosse dirigida e uso do shaker, tendo realizado 5+5 repetições eliminando SB mucopurulentas amarelo/esbranquiçado em moderada quantidade.</p> <p><b>18/10/16</b></p> <p>Ingere 2L água. Muito colaborante tosse mais eficaz expelindo SB mucosas pequena a moderada quantidade.</p>
--	--	---	--

			<p>Realiza dispositivo de ajuda shaker 5+5 repetições exepindo em pequena quantidade.</p> <p><b>19/10/16</b>  Mantém ingestão hídrica.  Tosse eficaz com SB em pequena quantidade.</p> <p><b>20/10/16</b>  Sem SB.  Cumpe ingestão hídrica.</p>
--	--	--	---

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
17/10/16	Défice de conhecimento sobre técnica inalatória	<p><b>Sistema Totalmente Compensatório:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar administração de terapêutica inalatória</li> </ul> <p><b>Sistema Apoio-Educação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre técnica de inalação com inalador</li> <li>• Instruir técnica de inalação com inalador</li> <li>• Instruir sobre administração correta de medicação inalatória</li> <li>• Validar conhecimento sobre técnica inalatória</li> <li>• Providenciar material educativo</li> </ul>	<p><b>16/10/16</b></p> <p>No domicilio realiza técnica inalatória com breezhaler, tendo sido pedido ao cuidador para trazer do domicilio, para valiar conhecimentos sobre o mesmo.</p> <p><b>17/10/16</b></p> <p>Não faz pausa de 4 a 10 segundos após a inalação</p>

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
16/10/16	Conhecimento não demonstrado sobre intolerância a actividade	<p><b>Sistema Apoio-Educação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir sobre técnicas de conservação de energia -No autocuidado higiene</li> <li>• Instruir sobre técnicas de relaxamento</li> <li>• Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado;</li> <li>• Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado;</li> <li>• Providenciar material educativo;</li> <li>• Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado;</li> <li>• incentivar o exercício geral, gerindo o esforço;</li> <li>• Incentivar a cumprir esquema de vacinação.</li> </ul>	<p><b>16/10/16</b></p> <p>Após conversa informal e aplicada escala LCADL, o Srº P.V.F. revela dificuldade durante o duche, a lavar a cabeça, parte inferior do corpo e posteriormente a vestir-se, sentindo-se cansado e dispneico.</p> <p>Realizado ensinios sobre técnica de conservação de energia.</p> <p><b>17/10/16</b></p> <p>Realizado reforço sobre técnicas de conservação de energia e incentivado a realizar a AVD mais lentamente e a recorrer ao uso de um banco durante os cuidados.</p> <p>Facultado folheto de apoio.</p>



			<p><b>18/10/16</b></p> <p>Realiza os cuidados de higiene sentado no banco e refere sentir melhoria.</p> <p>Realizado ensino com doente e cuidador sobre formas de adaptar técnica no domicílio.</p> <p><b>19/10/16 a 20/10/16</b></p> <p>Mantém uso do banco durante cuidados de higiene, referindo melhoria do cansaço e sem dispneia.</p>
--	--	--	---

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	SISTEMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	AVALIAÇÃO
16/10/16	Papel de prestador de cuidados não demonstrado	<p><b>Sistema Apoio-Educação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir a esposa sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais e sintomas de alerta de crise asmática</li> <li>• Factores que podem desencadear a asma</li> </ul> </li> <li>- Colaborar na preparação e administração de medicação;</li> <li>- Técnicas de dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>-Técnicas de conservação de energia;</li> <li>- Vantagens do exercício.</li> </ul>	<p><b>16/10/16</b></p> <p>A cuidadora do Srº P.V.F. desconhece o nome da doença do seu companheiro, em que consiste, sinais, sintomas e tratamento.</p> <p>Realizado ensino sobre em que consiste a doença, sinais, sintomas e tratamento.</p> <p>Desconhece em que consiste a técnica respiratória e a importância da realização na mesma na reabilitação respiratória do Srº P.V.F.</p> <p>Facultado folhetos de apoio.</p> <p><b>17/10/16</b></p> <p>Realizados ensinios sobre importância da realização da técnica</p>

			<p>respiratória e dos exercícios respiratórios e supervisão de ambos.</p> <p>Realizado ensino sobre supervisão da técnica inalatória.</p> <p><b>18/10/16</b></p> <p>Reforçado ensino sobre em que consiste a doença e importância da realização da técnica respiratória e dos exercícios respiratórios.</p> <p>Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Supervisionou a realização da técnica inalatória, respiratória e dos exercícios respiratórios, incentivando o doente a proceder À inalação de forma lenta e profunda pela boca e fazer pausa respiratória de 4 a 10 segundos.</p> <p>Foi reforçado ensino sobre a necessidade de realizar os exercícios respiratórios ao longo do dia, assim como a técnica</p>
--	--	--	--

			respiratória com ênfase em situação de esforço e/ ou dispneia.
--	--	--	--

## **BIBLIOGRAFIA**

DGS (2000). *Programa Nacional de Controlo da Asma*

National Heart, Lung and Blood Institute (2007). *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma*

National Institutes of Health – National Heart, Lung and Blood Institute (1995), *The Role of the Pharmacist in Improving Asthma Care*, (<http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/asthma/asmmapmcy.pdf>), consultado em 20/10/2016

Global Initiative for Asthma (2011). *Who – Asthma*, (<http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>), consultado em 8/10/2016

